RUTH MACK BRUNSWICK

DIE ANALYSE EINES EIFERSUCHTSWAHNES

Die Analyse eines Eifersuchtswahnes

Von

Ruth Mack Brunswick
New York

Sonderabdruck aus der „Internationalen Zeitschrift für Psychoanalyse"
(herausgegeben von Sigm. Freud)

1929

Internationaler Psychoanalytischer Verlag
Leipzig / Wien / Zürich

Druck der „Elbemühl", Wien III

Inhaltsverzeichnis

I
Einleitung

Die Patientin, mit der sich diese Arbeit beschäftigt, kam nach Untersuchung auf der Psychiatrischen Klinik mit der Diagnose Eifersuchtsparanoia zu mir. Ich bringe im folgenden ihre klinische und ihre analytische Krankengeschichte, um dann parallel mit dem Verlauf der Analyse die theoretischen Probleme zu erörtern, die sich aus ihr ergeben. Eine Beurteilung der diagnostischen und prognostischen Probleme möchte ich vorläufig noch aufgeschoben wissen.

Eine wüste Eifersuchtsszene, Selbstmorddrohungen und ein ernsthafter Suizidversuch auf der Polizeiwachstube hatten die Patientin zur Beobachtung auf die Psychiatrische Klinik gebracht. Von dort wäre sie trotz aller Dissimulationsversuche in die Irrenanstalt gekommen, wenn ihr Mann sie nicht auf ihr Drängen schließlich auf eigene Verantwortung wieder nach Hause genommen hätte. Nach ihrer Heimkehr erkrankte sie an einer Mastoiditis. Bei der Behandlung wurde sie dem Internisten der Ohrenklinik durch ihr Benehmen auffällig. Ihre psychiatrische Vorgeschichte kam zur Sprache, und da sie beim Befragen nicht völlig unzugänglich schien, schickte sie der Internist zu mir.

Sie war eine kleine, kümmerlich entwickelte, intelligente und nicht ganz reizlose Proletarierfrau, der man ihre dreißig Jahre nicht angesehen hätte. Ihr Benehmen war schüchtern, ihr Wesen scheu und mißtrauisch. Sie hatte sich offenbar nur auf starkes Zureden hin entschlossen, zu mir zu kommen. Sie war aber nicht schwer dazu zu bewegen, sich aufs Sofa zu legen und wurde dann allmählich viel zutraulicher. In der ersten Stunde

brachte sie die Vorgeschichte und Beschreibung ihrer Symptome, die ich hier folgen lasse.

Sie war die Jüngste von fünf Geschwistern. Die Mutter war nach mehrjähriger Krankheit im dritten Lebensjahr der Patientin gestorben; der Vater heiratete nach einem Jahre eine unfreundliche Frau, die zwei eigene Kinder mit in die Ehe brachte. Zwischen der Patientin und ihrer ältesten Schwester bestand ein Altersunterschied von zehn Jahren; so war es natürlich, daß das jüngste Kind der Obhut des ältesten anvertraut wurde. Diese älteste Schwester, Luise, war körperlich gut entwickelt und von angenehmem Äußeren, aber geistig zurückgeblieben und sexuell abnorm. Sie kam in der Schule nicht weiter als bis zur vierten Klasse und brachte es nie zu irgendeiner geregelten Tätigkeit. Im 29. Jahr (dem Alter, in dem bei meiner Patientin die Psychose ausbrach) starb Luise in der staatlichen Irrenanstalt, in der sie die letzten fünf Jahre ihres Lebens verbracht hatte, an progressiver Paralyse. Sie hatte seit — richtiger schon vor — Eintritt ihrer Pubertät als Prostituierte gelebt, ferner lebenslang an Enuresis gelitten. Bei den ständigen Mißhandlungen durch Vater und Stiefmutter war schließlich die kleine Schwester, die sie anfangs bemuttert hatte, zu ihrer Beschützerin geworden.

Bald nach Ankunft der Stiefmutter wurde meine damals vierjährige Patientin zu entfernten Verwandten aufs Land geschickt. Von dort kehrte sie erst mit elf Jahren für ständig ins Elternhaus zurück. Drei Jahre später kam Luise in die Irrenanstalt.

Mit 28 Jahren heiratete meine Patientin einen gleichaltrigen Mann, dessen erste Werbung, kurz vor seinem Einrücken zum Kriegsdienst, sie abgewiesen hatte. Als sie zu mir kam, war sie bereits 16 Monate verheiratet. Sie war beim Sexualverkehr völlig frigid und gegen alle Annäherungen ihres Mannes, die über das Maß eines sanften Kusses hinausgingen, völlig ablehnend. Sie hatte intensive Vaginalkrämpfe, die das Einführen des Gliedes außerordentlich erschwerten und für sie schmerzhaft machten. Jeder Geschlechtsverkehr wurde von einer zwei bis drei Wochen andauernden heftigen Menstruation gefolgt. Nach einigen besseren Tagen pflegte dann — gewöhnlich, aber nicht immer als Folge eines Koitus — die Blutung von neuem zu beginnen. Dieser übermäßige Blutverlust hatte eine starke sekundäre Anämie verursacht. Die unmittelbare Folge dieser sexuellen Schwierigkeiten waren monatelange Enthaltsamkeit und Übellaune auf seiten des Mannes und der Ausbruch der paranoischen Psychose auf seiten der Frau.

Sie entwickelte die Vorstellung, daß ihr Mann unerlaubte Beziehungen zu ihrer Stiefmutter, einer Frau von mehr als 50 Jahren, unterhielt. Anfangs erschien ihr selber diese Idee nicht sehr glaubwürdig. Es kam ihr wohl vor, daß der Stiefmutter ungewöhnlich viel daran gelegen war, mit dem Schwiegersohn gut zu stehen. Nur hatte die ganze Sache zuerst keine große Bedeutung. Allmählich drängten sich ihr dann kleine Beobachtungen auf. Die Stiefmutter bestand zum Beispiel darauf, einen Sonntagsausflug mitzumachen, den die beiden jungen Leute zu zweien geplant hatten, und der Mann ließ es ohne Widerspruch geschehen. Wenn die Patientin mit ihrem Mann zum Sonntagsbesuch zu den Eltern kam, erschien die Stiefmutter im Staatskleid und ließ es sich nicht nehmen, den Schwiegersohn beim Kommen und Gehen zu küssen. Für die Tochter hatte sie solche mütterliche Zärtlichkeiten niemals übrig. Einmal bemerkte die Patientin, wie der Fuß der Stiefmutter sich unter dem Tisch mit dem des Schwiegersohns berührte. Als sie Bemerkungen darüber machte, geriet die Stiefmutter in Wut und spottete, die Patientin scheine der Liebe ihres Mannes nicht sehr sicher zu sein.

Die Ereignisse erreichten ihren Höhepunkt darin, daß die Stiefmutter — nicht zum erstenmal — den Schwiegersohn in den Stall begleitete, wo er das Pferd für die Nacht zu versorgen hatte. Als sie nicht sofort zurückkamen, ging die Patientin ihnen nach. Sie fand nichts Auffälliges, war aber trotzdem überzeugt, daß sie zu jener Zeit und an jenem Ort in sexuelle Beziehung zu einander getreten waren.

Jetzt begannen auch die Hausnachbarn ihr Gerüchte zuzutragen. Sie verbot ihrem Mann, die Eltern allein aufzusuchen; sie verbot ihm in gleicher Weise, sich von der Stiefmutter in den Stall begleiten zu lassen. Aber sie konnte der älteren Frau nicht verbieten, den Schwiegersohn anzusprechen; und der spöttische Triumph, den sie aus ihrer Stimme heraushörte, verwundete sie aufs tiefste. Sie konnte auch die Nachbarn nicht davon abhalten, allerlei Geschichten herumzutragen. Jeder machte sich über sie lustig, nicht nur ihr Mann und die Stiefmutter. Auf der Straße quälten sie die Blicke und das Lachen von völlig Fremden, die Schlechtes von ihr sagten. Manchmal, wenn sie sich so beobachtet fühlte, wunderte sie sich selbst, warum Leute ein so böswilliges Interesse an ihr nehmen sollten, die nicht einmal wußten, wer sie war und noch weniger wissen konnten, daß sie von ihrem Mann betrogen wurde. Dann hatte sie wohl manchmal das Gefühl, das Ganze könnte ein Irrtum sein; alles erschien ihr so unwahrscheinlich. Gerade dann aber ereignete sich immer irgendeine Kleinig-

keit, die sie in ihrem Verdacht bestärkte. Nicht nur die Fremden, auch ihre nächste Umgebung war gegen sie; nur der Bruder und die Stiefschwester blieben ihr freundlich gesinnt. Ihre größte Feindin war die Stiefmutter, die nächstgrößte ihre Schwiegermutter, mit der sie und ihr Mann leider Zimmer und Küche teilen mußten. Sie hatten sogar alle drei zusammen in zwei Betten geschlafen, bis vor kurzem die Anschaffung eines Sofas für die Schwiegermutter dieser Schwierigkeit ein Ende machte Trotzdem war der Raum ein sehr beengter und die Patientin konnte sich bei Tag und bei Nacht nicht rühren, ohne von der alten Frau beobachtet zu werden, die begreiflicherweise nicht beglückt davon war, den Lieblingssohn und das Zimmer mit einer zwar eingeschüchterten, aber doch eigensinnigen und mißtrauischen Schwiegertochter teilen zu müssen.

Ich zähle in diesem ersten Teil noch verschiedene bemerkenswerte Symptome auf, deren Struktur und diagnostische Bedeutung ich erst später erörtere. Das erste dieser Symptome ist die Klage der Patientin, sie habe keine Gefühle, könne weder lieben noch hassen und hätte nie für jemanden wirkliche Zärtlichkeit empfunden. Dieses Symptom verschwand, sobald die wichtigste Gefühlsbindung der Patientin bewußt gemacht worden war; mit anderen Worten, ihre Gefühle waren vorhanden, waren aber auf ein unbewußtes Objekt beschränkt und infolgedessen nicht sichtbar. Ein zweites Symptom besteht in periodischen und scheinbar unmotivierten Wutanfällen, in denen die Patientin vorübergehend den Kontakt mit der Außenwelt verlor, nichts spürte als ein ungeheures Sausen und Brausen im Kopf, und das Gefühl hatte, daß ihre Augen größer wurden und sich von den Augenhöhlen zur Schläfe hin entfernten. Ein drittes Symptom ist die Empfindung eines elektrischen Stromes in ihrem Kopf, die manchmal, aber nicht immer, gleichzeitig mit dem eben beschriebenen Wutanfall auftrat. Dieses Symptom, das bei so vielen Psychosen mit paranoischen Zügen aufzutreten pflegt und theoretisch leicht zu erklären ist, wurde im Laufe der Analyse von der Patientin selbst gedeutet, während der Mechanismus des zweiten Symptoms mit seinen körperlichen Begleiterscheinungen erst in der letzten Analysenstunde Aufklärung fand.

Mit dieser Einleitung als Basis, verfolge ich nun den Gang der Analyse, um das Material so vorzubringen, wie es sich mir im Verlaufe der analytischen Arbeit darbot.

II

Analyse der infantilen Sexualstrebungen

1) Der Einfluß der Verführung

Am Beginn der zweiten Stunde machen sich Übertragungsschwierigkeiten geltend. Die Patientin liegt unruhig auf dem Sofa und behauptet, nichts mehr zu wissen. Ich erkläre ihr, daß Träume oft eine gute Hilfe seien, und gebe ihr einige einfache Unterweisungen in der Assoziationstechnik. Daraufhin bringt sie zwei Träume, als ersten einen Alptraum, der seit Beginn des psychotischen Zustandes regelmäßig wiederkehrt, als zweiten einen Traum, der sich mit der analytischen Situation beschäftigt. Der Angsttraum lautet wie folgt:

Ein schwarzer Mann kommt zu der Patientin und hat Geschlechtsverkehr mit ihr. Sie hat beim Koitus große Angst, kommt aber zum Orgasmus.

Dieser wiederkehrende Traum ist einer der wichtigsten Bestandteile ihrer Psychose.

Auf Befragen, was ihr zu dem schwarzen Mann einfällt, meint die Patientin, sie habe keine Ahnung, wer er sein könne, das Auffälligste an ihm aber sei eine große, flatternde Masche gewesen. Zu diesem für einen Mann ungewöhnlichen Stück der Kleidung fällt ihr auch sofort etwas ein: „Gerade so eine Masche hat meine Schwester in ihrem schönen blonden Haar getragen. Sie ist ihr so gut gestanden." Sie fügt noch hinzu, daß der Mann in diesem Traum oft einen langen schwarzen Mantel anhat.

Beim Versuch, die orgastischen Gefühle im Traum zu beschreiben, sagt sie: „Es erinnert mich — wie soll ich das nur sagen — an das Gefühl bei der Selbstbefriedigung."

Folgen wir diesen Assoziationen in der Reihenfolge ihres Auftretens. Die Patientin nimmt willig die Deutung an, daß der schwarze Mann mit der Masche eine Verkleidung der Schwester ist; die Übereinstimmung, daß die Schwester tot und der Mantel schwarz ist, bestärkt sie noch in dieser Überzeugung. Mit ihrer Beschreibung des Gefühls beim Orgasmus eröffnet sich das ganze Kapitel der infantilen Onanie. Eine sehr plastische Erinnerung aus dem neunten Lebensjahr steigt jetzt auf: Sie kugelt mit einem etwa fünf Jahre älteren Mädchen im Heu herum; sie sieht das Gesicht des Mädchens und die folgenden Vorgänge in aller Deutlichkeit. Sie kitzelt das ältere Mädchen am Halse und erhält die Aufforderung, „dasselbe weiter unten zu tun". Sie tut es, worauf das Mädchen das gleiche an ihr vornimmt. Solche Vorgänge im Heu wiederholen sich zwischen den beiden Mädchen durch eineinhalb Jahre. Dann werden sie eines Tages von der das Haus führenden Tante ertappt und gründlich durchgeprügelt; die Tante erklärt ihnen, was sie getan haben, sei eine große Sünde, davon werde man krank und schlecht. Das ältere Mädchen, die Anstifterin, schiebt jetzt vor den andern die Schuld auf die Jüngere. Darauf reagiert meine Patientin mit Angst, Schuldgefühlen und Haß auf die Gefährtin, an die sie sich im Laufe ihrer Beziehungen sehr angeschlossen hatte.

Sie sagt ernsthaft, sie sehe jetzt ein, was für ein Unrecht sie damals begangen habe. Sie hat die erhaltene Züchtigung immer erinnert, den Grund dafür aber vollständig vergessen. Jetzt kann sie, zum erstenmal, die ganze Szene lückenlos rekonstruieren.

Das plötzliche Wiederauftauchen des bisher vergessenen Materials macht ihr einen starken Eindruck, und ich benütze die Gelegenheit, um ihr zu erklären, daß gerade das das Ziel unserer Kur sei. Ich erkläre ihr, daß alle Kinder onanieren, manche aus eigenem Antrieb, manche, wenn sie von Erwachsenen oder älteren Kindern dazu angelernt werden. Ich setze hinzu, daß die Kinder meistens dabei entdeckt und von irgendeinem Erwachsenen bestraft oder geschreckt oder wenigstens von aller weiteren Onanie abgehalten werden. Setzt das Kind das Verbotene dann trotzdem fort, so glaubt es unrecht zu tun, hat ein schlechtes Gewissen und fürchtet sich vor den Folgen. Ich versichere ihr ferner, daß man von der Onanie nicht krank wird, wenigstens nicht so wie sie es glaubt. Sie fragt: „Macht es einen auch nicht krank, wenn man es noch als Erwachsener tut?" Ich beruhige sie darüber, ohne sie weiter auszufragen.

Der Übertragungstraum, der in die Nacht nach der ersten Analysenstunde fällt, lautet wie folgt:

Ein Ausländer fragt die Patientin entweder um ein ausländisches Brot oder um Auskunft, wo er es bekommen kann. Die Patientin besorgt es für ihn. Er hat beim Sprechen einen fremden Akzent, was der Patientin ein Wollustgefühl verursacht. Der Mann gibt der Patientin ein Paar Hosen, dann einen Überrock zu halten und sagt, sie solle auf ihn warten. Er verschwindet, sie wartet, aber er kommt nicht zurück.

Der Traum war von einem angenehmen Gefühl begleitet. Die Patientin bewundert es, wenn jemand fremdartig spricht, besonders wenn es ein leichter ausländischer Akzent ist. Sie war in der Schule für Sprachen begabt und wollte gerne fremde Sprachen studieren. Ihr Vater hätte es vielleicht erlaubt, wenn die Stiefmutter das Studieren nicht für eine lächerliche Wichtigtuerei erklärt hätte. Die Patientin erzählt, daß sie schließlich eingewilligt hat, ihren Mann zu heiraten, weil die Jahre im deutschen Kriegsdienst seine Sprache verändert und ihm den leichten fremdartigen Akzent gegeben haben, der sie so anzieht.

Ich erwähne, daß in meiner deutschen Aussprache der englische Akzent sehr merkbar ist. Der Ausländer bin offenbar ich. Dabei beobachte ich, daß die Patientin onanistische Bewegungen mit den Schenkeln macht, sage aber nichts darüber. Sie sagt dann von selber, daß meine Stimme ihr während der Analysenstunde genau dieselben wollüstigen Gefühle hervorruft, wie sie im Traum vorkommen. Sie nimmt die Deutung an, daß ich der Ausländer bin, und ich erkläre ihr, daß die Hosen, die er ihr zu halten gibt, eine Parallele zu der schwarzen Masche sind: das männliche Organ einer Person, die in Wirklichkeit weiblich ist. Ich gehe hier mit ihr nicht weiter auf den Sinn des Traumes ein, der natürlich den Geschlechtsverkehr mit mir bedeutet, denn ich will sie im Augenblick nicht auf die Art der Übertragung aufmerksam machen. Statt dessen benütze ich die Gelegenheit, eine Beziehung zwischen den beiden Träumen und der Masturbationserinnerung aus dem neunten Lebensjahr herzustellen. Zu dieser Zeit wurde die Patientin von einem älteren Kinde verführt. Im ersten Traum verführt ein Mann die Patientin, der in Wirklichkeit ihre ältere Schwester bedeutet; dieser Traum hat ja auch die Erinnerung an jenen Vorfall mit dem Bauernmädchen aufgeweckt. So scheint es also wahrscheinlich, daß zwischen der Schwester der Patientin und dieser Freundin irgend ein Zusammenhang besteht.

Ich mache jetzt meinen ersten energischen Angriff. Auf Grund des geschilderten Materials spreche ich die Vermutung aus, daß die Patientin vielleicht, in der frühesten Kindheit, noch ehe sie aufs Land geschickt wurde, ähnlichen Angriffen von seiten der Schwester ausgesetzt gewesen

war. Auf diese Andeutung reagiert sie mit ihrem ersten heftigen Nein! Sie fügt aber trotzdem gleich hinzu, daß sie und die Schwester bis zu ihrem vierten Jahr, als man sie aufs Land schickte, im selben Bett geschlafen haben, und daß die Schwester immer sehr zärtlich mit ihr war, aber nicht in unrechter Weise. Wie ich sage, daß bei der sexuellen Abnormität der Schwester so etwas doch leichter vorgefallen sein könnte als sonst und daß das Bauernmädchen vielleicht nur ein Ersatz für die Schwester war, die die Patientin so zärtlich liebte und damals und später so schmerzlich vermißte, wird sie merklich zugänglicher und scheint viel eher bereit, die Möglichkeit einer körperlichen Intimität zwischen der Schwester und sich zuzugestehen. Mir scheint es klar, daß diese erhöhte Zugänglichkeit durch einen Austausch zustande gekommen ist; sie kann die Beziehung zur Schwester zugeben, wenn sie dabei einem anderen Vorwurf entgeht, der ihr in der Kindheit viele Schuld- und Reuegefühle gemacht haben muß, nämlich dem Vorwurf, der Schwester mit dem Bauernmädchen untreu geworden zu sein. Wir werden später sehen, wie große Bedeutung die Treulosigkeit als Äußerung der Rache wie auch als Äußerung der Identifizierung für unsere Patientin hat.

Während ich aus therapeutischen Gründen die unbewußten Seiten der Übertragung, wie sie sich im zweiten Traum zeigt, außer acht lasse, bespreche ich mit der Patientin ihre bewußte Einstellung zu mir. Sie versichert, daß sie sich bei mir sicher und geborgen fühlt; ich erinnere sie daran, daß es gerade die Schwester war, von der sie Sorgfalt und Freundlichkeit zu empfangen gewohnt war; offenbar hat sie ihre Einstellung zur Schwester jetzt auf mich übertragen. Sie gibt zu, daß sie nur zur Schwester solches Zutrauen gehabt hat wie jetzt zu mir, und daß sie glücklich ist, jetzt wieder so einen Menschen zu haben. Ich stelle ihr dann die Parallele zwischen den Träumen her; der schwarze Mann, der sie schreckt und ihr beim Geschlechtsverkehr wollüstige Gefühle macht, ist ihre Schwester; und der Ausländer, dessen Stimme ihr Wollustgefühle macht, bin ich; so bin ich jetzt ihre Schwester. Sie hat ihr Zutrauen und ihre Zärtlichkeit schon auf mich übertragen. Man kann aber nicht immer aussuchen, welche Gefühle man auf den Analytiker übertragen und welche man bei dem ursprünglichen Objekt lassen will. Wenn es richtig ist, daß ihre Schwester sie verführt hat, so kann sie jetzt leicht dazukommen zu glauben, daß ich sie verführen will, um so mehr wir doch in der Analysenstunde Dinge besprechen, die sie in ihrem ungewöhnlich strengen Elternhaus nie erwähnen durfte. Außerdem habe ich ihr doch gesagt, daß die Onanie keine

Sünde und keine Krankheit sei; einen solchen Ausspruch, meine ich, könnte sie leicht als Provokation betrachten.

Sie antwortet mit stürmischen Zutrauens- und Liebesbeteuerungen: niemals werde sie das Vertrauen enttäuschen, das ich in sie gesetzt habe, nie anderes als das Allerbeste von mir denken. Sie wird so zärtlich, daß ich Mühe habe, meine Hand wieder freizubekommen, die ich ihr zum Abschied gereicht habe; sie besteht darauf, sie wiederholt zu küssen. Offenbar ist sie nicht imstande, die in der Situation liegenden Möglichkeiten oder meine Warnung zu erfassen. Ich bekomme aber den Eindruck, daß es bei so starker und leistungsfähiger Übertragung möglich sein müßte, ein ganzes Stück Arbeit mit der Patientin zu leisten; bis zu der Zeit, wo die Gefühlsbeziehung vom Positiven ins Negative umschlagen wird und ich die Rolle der Verführerin und Verfolgerin zugeschrieben bekommen werde, müßte sie genügend Einsicht gewonnen haben, um uns selbst über die Schwierigkeiten der neuen Situation hinwegzuhelfen

Selbst in dieser Analyse, die hauptsächlich an Hand der Träume geführt wird, mache ich keinen Versuch, jedes Detail eines Traumes zu analysieren. Manchmal wird ein unerklärt gebliebenes Traumstück noch durch späteres Material aufgeklärt; im allgemeinen aber verwende ich nur, was sich der Deutung von selber darbietet, und vernachlässige alles übrige.

Die Patientin spricht weiter darüber, wie merkwürdig es ist, daß sie zwar beim Geschlechtsverkehr nie die geringste Empfindung hat, daß aber trotzdem im Traum der schwarze Mann sich manchmal in ihren Mann verwandelt und sie dann befriedigen kann. In Wirklichkeit hat sie vor dem Koitus solche Angst, daß der Mann sie für die Schmerzen, die sie dabei aussteht, manchmal dadurch entschädigt, daß er ihre Klitoris mit der Hand reizt, um ihr so leicht lustvolle Sensationen zu verschaffen. Sie beschreibt seine Versuche, sie zu masturbieren, und sagt, er streichle ihr den Geschlechtsteil „von vorne". Ich frage, ob ihr die verschiedenen Teile des weiblichen Genitales bekannt sind, und erfahre, daß das nicht der Fall ist. Ich beschreibe sie ihr und frage, ob es ihr jemals aufgefallen ist, daß das kleine Glied „vorne" dem größeren Glied des Mannes ähnlich sieht. Ja, das kennt sie (wenn auch nicht mit Namen); es ist verstümmelt, nicht wahr? Sie hat die kindliche Vorstellung von der Kastration der Frau offenbar noch in ihrer ursprünglichen Form beibehalten.

In der dritten Stunde zeigt sich die Patientin analytischen Gedankengängen ungleich zugänglicher. Sie erzählt, daß sie abends vorher nicht einschlafen konnte, weil irgendetwas sie beunruhigt hat. Sie fragt plötzlich:

„Wenn jedes Kind onaniert, warum muß dann meine Schwester es mich gelehrt haben? Warum hätte ich nicht selber daraufkommen können?" Ich erkläre ihr, welchen Einfluß eine Verführung von außen her auf die Erweckung der kindlichen Sexualität haben kann, und beschreibe ihr ganz kurz die Tendenz, Erlebnisse aus früher Zeit immer wieder zu wiederholen. So könnte das Onanieerlebnis im neunten Jahr sehr leicht die Wiederholung eines noch früheren bedeuten. Das Sträuben der Patientin, die Rolle zuzugeben, die ihre Schwester in ihrer eigenen Masturbation gespielt hat, wird hier zum Hauptwiderstand der Analyse. Sie sagt: „Als zwölfjähriges Mädchen hat Luise wahrscheinlich noch gar nicht gewußt, daß es unrecht ist, mich solche Sachen zu lehren; später hat sie dann erfahren, wie schlecht es ist, und hat aufgehört. Denn später war sie so besonders streng mit mir. Wenn ich sie nur über irgendetwas Schlechtes gefragt habe, hat sie gesagt, darüber dürfe ich nicht sprechen und nicht denken. So glaube ich, sie muß gewußt haben, daß sie etwas Unrechtes mit mir getan hat, aber sie hat natürlich nichts dafür können, denn damals hat sie es ja nicht verstanden." Die Wurzeln dieses Widerstandes liegen sehr tief und lassen sich erst später aufdecken.

Sie spricht jetzt von der Stiefmutter, von der sie immer schlecht behandelt worden ist. Sie erinnert sich, daß sie sie als Kind sehr gern gehabt hat und daß die Stiefmutter sie abgewiesen und gesagt hat: „Ich brauche deine Liebe nicht." Sie war damals sehr verletzt. Jetzt hat sie für die Frau nur mehr ein Gefühl von Haß, zum Teil weil sie ihr die Schuld an Luisens Schicksal zuschiebt, zum Teil, wie sie leicht zugibt, infolge der vielen Zurückweisungen. Sie erinnert sich aber, daß erst lange nach der Pubertät der Haß gegen die Stiefmutter größer war als die Liebe zu ihr.

Sie beschreibt eine Anzahl von Symptomen. Sie hat Anfälle von Zittern, mit dem Gefühl, als ob ein elektrischer Strom durch ihren Kopf ginge; darauf folgt ein Jucken im ganzen Körper, das allmählich nachläßt, bis es sich schließlich auf die Geschlechtsteile beschränkt. Dort muß sie sich dann heftig kratzen, manchmal fünf Minuten lang, immer solange, bis das Gefühl kommt, daß es jetzt zu Ende ist. Manchmal blutet sie hinterher. Sie versteht meine Erklärung dieser Kompromißbildung: sie muß sich kratzen, bis sie zur Befriedigung kommt und blutet; die Blutung ist dabei die Strafe für die — wie sie selber zugibt — nur schlecht verkleidete onanistische Handlung. Sie spürt bei dieser Betätigung keinen Orgasmus, nicht einmal Lustgefühle, nur die Erleichterung des Juckreizes.

2) *Todesphantasien*

Der Tod spielt in den Gedanken und Phantasien der Patientin eine große Rolle. Sie erzählt, daß sie oft vom Tod träumt, wobei er gewöhnlich durch irgendeine unbestimmte Person in einem fließenden schwarzen Gewand oder Mantel dargestellt wird. Der Zusammenhang mit dem schwarzen Mann ist uns beiden sofort klar, trotzdem begegnet sie der Deutung mit der Frage: „Warum ist aber der Tod manchmal auch grün angezogen?" Ich frage, was sie glaube, und sie antwortet: „Der Mann im schwarzen Mantel bedeutet meine tote Schwester; und wenn der Mantel grün ist, dann bedeutet es die Blätter und das Gras auf dem Grab der Schwester."

Sie kann sich an ihre wirkliche Mutter nicht erinnern, hat aber oft Sehnsucht nach ihr. Ich erwähne jetzt ihren Selbstmordversuch. Sie sagt, daß sie immer mit dem Gedanken an einen Selbstmord gespielt hat, daß sie sich aber erst seit ihrer Heirat wirklich umbringen will. Ich frage, ob dieser Wunsch irgend etwas mit dem Tod von Mutter und Schwester zu tun hat; sie antwortet, daß sie ihnen wahrscheinlich nachfolgen will.

Bei den außerordentlich ungünstigen Lebensumständen der Patientin und den unübersteiglichen Schwierigkeiten ihres Sexuallebens ist es wirklich nicht schwer zu verstehen, wenn die Versuchung, den Toten zu folgen, stärker wird als der Wunsch zu leben. In solchen Fällen ist der Selbstmord eine sehr reale Gefahr.

Die nächste Stunde bringt eine Mutterleibsphantasie. Die Patientin hat folgenden Traum:

Sie ist bei ihrem eigenen Begräbnis, einer feierlichen Zeremonie mit vielen Teilnehmern, die alle den weiten Weg zu dem sehr entlegenen Friedhof zu Fuß gegangen sind. Das Begräbnis dauert sehr lange. Das Schönste daran ist das wunderbare Gefühl, im Sarg zu liegen und getragen zu werden. Dieses Gefühl ist so angenehm, daß sie deutlich wollüstige Sensationen bekommt. Am Ende der Zeremonie wird sie sanft in die Erde hinuntergelassen, wo sie friedlich liegen bleibt.

Hier haben wir das Motiv für den in der vorigen Stunde erörterten Selbstmordversuch der Patientin. Das Begräbnis bedeutet die Analyse; sie kommt zu mir, der Ersatzperson für die (tote) Schwester mit den Mutterattributen, die im Traum durch die Erde und den Sarg (das bekannte Symbol Holz = Frau) dargestellt werden, in dem die Patientin getragen wird. Ich mache hier auf die doppelte Bedeutung des Wortes „getragen" aufmerksam. Die wollüstigen Gefühle, die eine solche Vereinigung mit

einer Frau begleiten, lassen keinen Zweifel über die Art der libidinösen Bindung.

Die vielen Leute, die alle den weiten Weg zum Friedhof zu Fuß gehen, haben doppelte Bedeutung; sie sind erstens das Gegenteil, also ein Äquivalent für das Alleinsein in der Analysenstunde; zweitens bedeuten sie die Patientin selbst, die fast zwei Stunden zu Fuß gehen mußte, um zu mir zu kommen, ehe ich in Erfahrung gebracht hatte, wie wenig Geld sie besaß. In diesem Sinne bedeutet „alle Leute“ „nur ich“, also keine Rivalen, Brüder, Schwestern oder andere Patienten. Hier zeigt sich zum erstenmal die Eifersucht auf meine andern Patienten, die später eine wichtige Rolle spielen wird.

3) Die infantile Onanie

Während die Patientin an diesem Tage zu mir unterwegs war, ereigneten sich zwei Dinge. Eine gutgekleidete Frau in der Straßenbahn schaute auf die Schuhe der Patientin und lachte dann. Die Patientin ist überzeugt, daß die Frau über sie gelacht, sich über ihre ärmliche Kleidung lustig gemacht hat. Sie fügt hinzu, daß die Stiefmutter sich sehr gerne über sie lustig macht, besonders in sexuellen Dingen, wo die Patientin so besonders unwissend ist. Nun hat das Gefühl der Patientin, daß sie von der Stiefmutter verachtet wird, sicher eine reale Basis; sie hat es aber von diesem ursprünglichen Objekt auf die indifferente Außenwelt ausgedehnt. Die Wahl der Schuhe als Zielscheibe des Spottes ist auch nicht ohne symbolische Bedeutung.

Der zweite Vorfall bringt die Erklärung eines interessanten Symptoms. Die Patientin hat die Periode und ihre Binde preßt sich beim Gehen gegen das Genitale. Plötzlich merkt sie, wie ein elektrischer Strom von der Klitoris ausgeht und sich tief in die Vagina hinein erstreckt. Es ist dies das erstemal, daß sie irgend eine Art Empfindung in der Vagina hat. Sie sagt, daß der elektrische Strom, den sie bisher im Kopf gefühlt hat, jetzt offenbar auf das Genitale verschoben worden ist. Auf meine Antwort hin, daß er vielleicht nur zu seinem ursprünglichen Sitz zurückgekehrt ist, leuchtet ihr Gesicht auf und sie sagt lebhaft, daß sie jetzt die Bedeutung des rätselhaften elektrischen Stroms im Kopf verstehen könne. Er ist nichts anderes als ein verschobenes Sexualgefühl. Ich füge noch hinzu, daß es ein verdrängtes Sexualgefühl ist, ein Gefühl, das sie nicht anerkennen wollte und das deshalb auf die Suche nach einem andern Ausweg gehen

mußte. Ich erkläre ihr, es sei die Verbindung mit der verbotenen Onanie, die einen solchen Umweg der Befriedigung notwendig mache; denn die frühen Sexualgefühle stammen ja fast alle von der Onanie. (Die schockartige Natur des Sexualgefühls ist ja wirklich dem elektrischen Schlag sehr ähnlich.)

Daraufhin bringt die nächste Stunde die ersten Träume, in denen die Onanie wirklich vorkommt. Bisher war der Geschlechtsverkehr mit dem schwarzen Mann das einzige Mittel zur Befriedigung. Der Rückweg zur Onanie und der ursprünglichen Situation zeigt sich nun in folgendem Traum:

Die Patientin ist in einem Gasthaus, wo sie sehr viel trinkt und unter dem Einfluß des Alkohols sexuell erregt wird. Sie geht mit ihrem Mann nach Hause und bittet ihn, sie, wie er manchmal tut, durch Reiben an der Klitoris zu befriedigen. Er sagt, er sei zu schläfrig. Daraufhin onaniert sie. Der Orgasmus ist stark und geht zu schnell vorüber.

Während und nach dem Traum hat die Patientin das Gefühl, daß sie wirklich onaniert hat. Ich bestätige ihr das zu ihrem Entsetzen. Alle Angst vor den schrecklichen Folgen der Onanie kommt jetzt an die Oberfläche. Ich versuche, ihr die schädliche Wirkung der durch Scham und Angst herbeigeführten Onanieunterdrückung klarzumachen. Ich setze auseinander, daß ihre Frigidität zweifellos daher kommt, daß sie ein Stück ihrer Sexualtätigkeit gewaltsam unterdrückt hat; gibt man das eine Stück auf, so opfert man leicht die ganze Sexualität. Sie hat ihre onanistischen Wünsche unterdrückt und dabei die Möglichkeit verloren, überhaupt irgendwelche sexuellen Gefühle zu haben. Sie ist überzeugt worden, daß die Sexualität etwas Schlechtes ist, und hat sich ganz davon abgewendet. So hat sie nicht nur den Wunsch nach der Onanie aufgegeben, sondern gleichzeitig auch den Wunsch nach dem Geschlechtsverkehr.

Daß die Onanie schließlich im Traum aufgetreten ist, scheint mir ein großer Fortschritt. Der nächste Traum allerdings enthält eine Warnung vor der Gefahr, der sie entgegengeht:

Die Patientin schaut sich um Näharbeit um. Bei der ersten Stelle, wo sie um Arbeit bittet, nimmt ein Mann sie sofort auf. Ihr wird sein Eifer verdächtig, besonders wie er darauf besteht, daß sie sich gleich niedersetzen und zu nähen anfangen soll. Er gibt ihr sogar eine Schürze. Nachdem sie eine Weile genäht hat, ist es fünf Uhr und Zeit zum Aufhören, weil eine Redoute sein soll. Jeder Angestellte bekommt eine Maske und ein Kostüm. Die Mädchen tanzen miteinander. Plötzlich um Mitternacht ist der Ball zu Ende und die Patientin merkt, daß das Ganze nur ein Trick ihres Arbeitgebers war, um sie in die

Irrenanstalt zu bringen, wo ihre Schwester gestorben ist und wo sie jetzt selber ist. Sie wird nie wieder freikommen.

Ich deute der Patientin diesen Traum. Der Mann bin ich. Es stimmt auch, daß ich Arbeit für sie gefunden habe. Durch meine Hilfe, sagt der Traum, habe ich sie in meine Arbeitsstube (Ordinationszimmer) gelockt. Wie ich sie einmal da habe, sage ich, daß es Zeit zum Aufhören ist; das heißt, die Analysenstunde ist zu Ende. Was folgt aber darauf? Im Traum ist es ein Maskenball, wo Mädchen miteinander tanzen; das bedeutet die homosexuelle Verführung, die die Patientin am Ende der Stunde erwartet. Die Verschickung in die Irrenanstalt ist die unmittelbare Folge der Verführung. Auch der Traum der vorigen Nacht stellt einen der Gründe bei, warum die Patientin sich so vor diesem Schicksal fürchtet: die Onanie, die eben in der Analyse aufgetreten ist, ist die Ursache der Geisteskrankheit. Der Endgedanke im Traum, daß die Patientin nie wieder freikommen wird, basiert sich auf ihr Sträuben, die infantile Onanie bewußt werden zu lassen; sie hat natürlich Angst, daß sie dem infantilen Zwang zur Onanie wieder verfallen wird, wenn sie die darauf bezüglichen Wünsche bewußt werden läßt.

Ein anderes Detail zeigt noch, daß ich die Verschickung ins Irrenhaus im Traume richtig gedeutet habe, und beweist gleichzeitig, mit welchem Mißtrauen die Patientin meine Hilfeleistungen annimmt. Ich habe ihr gegenüber einen Plan erwähnt, sie für die Sommermonate aufs Land zu schicken, und dabei eine bekannte Ortschaft an der Donau in Betracht gezogen. Sie gibt jetzt zu, daß sie seit Tagen davon überzeugt war, ich wolle sie eigentlich in die Irrenanstalt schicken, die nicht weit von der erwähnten Ortschaft entfernt liegt. Selbst jetzt gelingt es mir nicht ganz, sie zu überzeugen, daß ich als Fremde nicht einmal von der Existenz dieser Anstalt gewußt habe. Sie bleibt offenbar dabei abzuwarten, bis sie meine wirklichen Absichten erkennen kann. Angesichts dieses Mißtrauens verweile ich ziemlich lange bei der Besprechung dieser Situation und ihrer Gefahren für unsere Behandlung. Ich wiederhole meine Versicherungen, daß die Onanie keine Sünde sei und sich nicht mit Geisteskrankheit oder Tod bestraft, und ich dränge sie von neuem, einzusehen, wie gerne sie mich beschuldigen möchte, daß ich sie ins Unglück stürzen will. Der folgende Traum bringt die Reaktion auf diese Stunde:

Die Patientin ist auf einem Feld und pflückt Blumen. Sie fühlt sich so glücklich, daß sie plötzlich onanieren möchte; sie hat zum erstenmal keine Angst, ihrem Drang nachzugeben. Trotzdem onaniert sie nicht, sondern geht

weiter und denkt die ganze Zeit, daß sie jetzt onanieren wird und daß es ihr nicht schaden wird. Sie erinnert sich, daß ich das gesagt habe. Sie kommt dann zu einem Haus, wo sie mich trifft, und ist so glücklich, daß sie ganz vergißt, daß sie onanieren wollte

Dieser leicht deutbare Traum ist lustbetont. Ich möchte einen bestimmten Punkt aus ihm hervorheben. Die Träume zeigen, daß die Patientin ihre Angst vor der Onanie gehorsam aufgegeben hat. Die Onanie selbst aber ist in Zusammenhang mit dem Zu-mir- — Zur-Schwester- — Kommen gebracht. Wie sie dann mich, die Analytikerin, trifft, ist sie imstande, ihren infantilen Sexualwunsch nach mir aufzugeben und glücklich zu sein, ohne selbst zu onanieren oder von mir masturbiert zu werden. Die Träume der Patientin werfen ihre Schatten voraus; was in ihnen vorkommt, ist in der Wirklichkeit noch nicht vorgefallen. Der Wunsch der Patientin, ich solle sie masturbieren, wie es früher ihre Schwester getan hat, ist noch nicht voll in die Übertragung gekommen. Folglich kann sie den Wunsch, den sie noch nicht einmal akzeptiert hat, auch nicht aufgeben. Aber der Traum hebt die unmittelbare Gefahr, die der Analyse durch die Situation des Vortages gedroht hatte, wieder auf. Die Patientin ist bestimmten Folgerungen ausgewichen und hat damit die momentane Krisis überwunden. Ich brauche nicht hervorzuheben, daß diese Gefahren jeden Moment wieder auftauchen können, und man ihnen nur dann begegnen kann, wenn sie aktuell werden.

4) Penisneid und Kastrationsangst

Die Bewältigung der Onanieangst und ihrer Folgen hält an und im Lauf der nächsten Stunden tauchen mehrere wichtige damit zusammenhängende Themen in der Analyse auf. Das erste dieser Themen ist der Penisneid, wie der folgende Traum zeigt:

Die Patientin onaniert. Wie sie an der Klitoris hantiert, wächst diese zu so ungeheurer Größe, daß das Anschwellen ihre Hand in die Höhe hebt. Sie wird größer als das Glied eines Mannes, so groß wie das Glied eines Pferdes, das sie abends vorher gesehen hat

Wir haben bereits gehört, daß die Patientin die Klitoris für einen verstümmelten Penis hält. Diese Verstümmelung, gibt sie jetzt zu, hat sie immer mit den Folgen der Onanie zusammengebracht. Ich habe versucht, ihr auszureden, daß die Onanie schreckliche Folgen haben muß, und der jetzige Traum akzeptiert meine Korrektur. Wenn die Patientin nicht zur Strafe verstümmelt worden ist, dann besitzt sie, was ihrer Meinung nach

jedem normalen Menschen zukommt: einen Penis. Zur Kompensation ist das Glied, das sie sich zuspricht, sogar ein besonders großes. Von da an ist sie in ihren Träumen nicht mehr kastriert.

Im Falle dieser Patientin scheint der wirkliche Peniswunsch weniger wichtig als das, was man die negative Seite des Penisneides nennen könnte, das Gefühl, daß sie den Penis als Strafe für die Onanie eingebüßt hat. So muß sie zuerst ihre infantile Kastrationstheorie korrigieren und dann auf das dadurch wiedergegebene Glied von neuem Verzicht leisten.

Ein zweiter ähnlicher Traum lautet wie folgt:

Die Patientin ist zuerst ein Kind, dann ein junges Mädchen, schließlich eine reife Frau. Plötzlich wird sie ein Mann mit einem besonders großen Glied. Sie ist sehr stolz auf das Glied und uriniert damit.

Ich erkläre ihr, daß man als Kind glaubt, alle Menschen hätten ein Glied, und daß diese Annahme erst später durch Beobachtungen richtiggestellt wird. Sie sagt, daß der Vergleich mit einem um drei Jahre älteren Bruder sie auf ihren Mangel aufmerksam gemacht haben muß. Dieser Bruder starb mit sechs Jahren, als sie drei Jahre alt war. Sie hat sich nicht gut mit ihm vertragen und seit seinem Tod nur selten an ihn gedacht. Aber sie erinnert sich ganz deutlich an Gefühle von Rivalität und Empörung und hat dabei ein leichtes Schuldgefühl, demzuliebe sie meine Erklärung, daß ihre Feindseligkeit wahrscheinlich durch Neid bedingt war, gerne annimmt.

An diesem Punkt hat sie eines der plastischen Erinnerungsbilder, wie sie viel zur Überzeugung des Patienten und zur Aufhellung der Analyse für den Analytiker beitragen.

Sie sieht ihren Bruder so, wie er auszusehen pflegte, wenn sie — die beiden Jüngsten — im Haus miteinander herumspielten. Beide tragen kurze gestrickte Hemdchen, die bis zu den Hüften reichen und vom Nabel an vorne offen sind. Gerade unter seinem Hemdschlitz sieht sie sehr interessiert einen Körperteil, den sie „das Vogerl" nennt, zur Belustigung der gesamten Familie, vor der sie ihre Bewunderung nicht verbergen kann. Ich äußere, diese Bezeichnung deute offenbar an, daß sie dieses „Vogerl" fliegen gesehen habe, und bringe das Phänomen der Erektion in Zusammenhang mit dem vorigen Traum (S. 19), in dem ihre Klitoris sich so ungeheuer vergrößert. Sie antwortet, sie könne sich an das Heben und In-die-Höhe-Steigen des „Vogerls" gut erinnern; einen Augenblick später erwähnt sie, daß sie oft sehr angenehme Flugträume habe, die aber immer in einen Sturz ausgehen, so daß sie dann am nächsten Tag ganz

lahm ist. Ich mache sie aufmerksam, daß sie in ihrem zweiten Traum (S. 20) wie ein Mann uriniert, und daß Kinder oft beim Urinieren Beobachtungen über die Genitalien der Gespielen machen. Sie antwortet auf diese Bemerkung mit einem wie gewöhnlich halluzinatorisch auftauchenden Erinnerungsbild, dem wichtigsten ihrer ganzen Analyse:

Die Szene spielt kurz nach dem Tod von Mutter und Bruder im dritten Lebensjahr der Patientin. Sie geht im Park mit ihrer älteren Schwester spazieren, — sie sagt, sie würde jetzt gerne mit mir dorthin gehen, um mir die Stelle zu zeigen. Ihre Schwester versammelt wie gewöhnlich eine Menge von Burschen um sich, mit denen sie sich zur Empörung und Demütigung der vernachlässigten Kleinen lachend unterhält. Die Patientin hat plötzlich Harndrang. Das Urinieren geht im Freien aber schwerer als zu Hause, weil sie geschlossene Hosen anhat. Sie verlangt, daß die Schwester ihr die Hosen aufknöpft, und zieht so ihre Aufmerksamkeit auf sich. Die Schwester erfüllt ihr Verlangen und kehrt dann zur Unterhaltung mit den Burschen zurück. Die Kleine beginnt daraufhin während und nach dem Urinieren mit ihrem Genitale zu spielen, zieht auf diese Weise noch einmal die Aufmerksamkeit der Schwester auf sich, diesmal aber in Form von Vorwürfen. Luise sagt streng, die Kleine wisse wohl, daß sie das *auf der Straße* nicht machen dürfe; sie droht, sie werde ihr den anstößigen Körperteil abschneiden und sie von einem Polizeimann wegführen lassen, wenn sie sich nicht besser benehmen könne.

Die Kleine verbindet offenbar die Drohung mit dem vorhergegangenen Vergleich zwischen sich und dem Bruder, und glaubt von diesem Augenblick an, man habe ihr das Genitale abgeschnitten. Sie erinnert sich, diese Meinung verschiedenen Familienmitgliedern geäußert zu haben und deshalb verspottet worden zu sein. (Der spätere Spott der Stiefmutter, S. 16, über die Unwissenheit der Patientin in sexuellen Dingen bekommt wahrscheinlich seine verletzende Wirkung zum großen Teil von diesem früheren Spott über einen schwerwiegenderen körperlichen Mangel. Den gleichen Sinn hat auch die Wahl der schäbigen Schuhe, S. 16, — ein offenbares Symbol für ein mangelhaftes Genitale — als Zielscheibe für den Spott der fremden Frau.)

Versuchen wir, die erinnerte Szene zu deuten. Das Urinieren verfolgt offenbar den Zweck, die Aufmerksamkeit der mit den andern beschäftigten Schwester zu fesseln. Auch bei einem kleinen Mädchen ist ja das Urinieren mit dem Herzeigen der Genitalien verbunden. Dieses Herzeigen müssen wir als eine Aufforderung auffassen, als ob sie sagen wollte: „Komm und

spiel mit mir, wie du es zu Hause machst. Ich bin genau so gut (potent) wie diese Jungen.“ Dieser Verführungsversuch schlägt aber fehl, das Herzeigen der Genitalien bleibt ohne Wirkung. Der nächste noch deutlichere Schritt ist das Spielen mit den Genitalien, die exhibitionistische Onanie eines Kindes, das sein eigenes Genitale zeigt, um als Revanche das der andern Person zu sehen zu bekommen. Dabei ist auch ein Racheelement mitenthalten (wie es sich gewöhnlich in den Handlungen abgewiesener Frauen findet). Eine Person, die ganz zufrieden onaniert, braucht keinen Gefährten; ihre Einstellung ist: „Wenn du dich nicht um mich kümmerst, so werde ich mich eben selbst unterhalten und befriedigen.“

Ich glaube nicht, daß die Patientin selbst als Dreijährige ganz im unklaren über die Mißachtung gewesen sein kann, die man durch onanistische Handlungen auf sich zieht. Es war aber der Mühe wert für sie, bestraft zu werden, wenn sich die Schwester dabei nur um sie kümmern mußte.

Die Patientin hat in dieser Stunde noch ein drittes Erinnerungsbild. Sie sieht ihre Schwester als zwölfjähriges Mädchen nackt vor sich stehen. Sie hat dichte schwarze Schamhaare, die in der damals zweijährigen Patientin solche Bewunderung erregen, daß sie wie gebannt hinsieht, bis die Schwester ihr verbietet, „dorthin“ zu schauen.

Ich erinnere daran, daß die Patientin bisher immer voll Bewunderung von dem schönen blonden Haar ihrer Schwester zu sprechen pflegte; diese Bewunderung hat sich offenbar von den schwarzen Schamhaaren, die schon früher ihre Bewunderung erregt hatten, dorthin verschoben. Ich erinnere an den wiederkehrenden Traum vom schwarzen Mann mit der Masche (S. 9), die in Wirklichkeit ein männliches Organ an einer Frau, in andern Worten einen Penis bedeuten sollte. Sie bewundert also die Schamhaare, weil sie glaubt, daß hinter ihnen ein Phallus verborgen ist. (Siehe den Traum auf S. 40.)

Wir verdanken diesen Zufluß an neuem Material offenbar dem Abbau der Kastrationsschranke. Die Patientin ist jetzt imstande, Ereignisse aus der Zeit vor der Kastrationsangst zu erinnern und — da die Kastration keine Drohung mehr für sie bedeutet — auch die Ereignisse, die zu ihr geführt haben.

Der folgende Traum zeigt die Verbindung zwischen Urinieren und Masturbation:

Die Patientin uriniert ins Bett und macht eine große Lache. Sie legt sich mit dem Rücken darauf, um sie vor der Stiefmutter zu verbergen. Ihre Übel-

tat wird aber entdeckt und sie bekommt Schläge. Eine Frau ruft ihr auf der Straße nach: „Angepißt!“

Der Traum beschäftigt sich mit der Enuresis der beiden Schwestern. Meine Patientin pflegte bis zu ihrem zwölften Jahr das Bett zu nässen; bei der Schwester hielt die Enuresis das ganze Leben lang an. Beide Mädchen wurden von der Stiefmutter häufig für diese Unart geschlagen. Schläge waren aber auch die Strafe, die meine Patientin für die Onanie und ihre Schwester für ihre zahlreichen von den Eltern verurteilten sexuellen Beziehungen erhalten hatte.

Wir wissen, daß die Enuresis sowohl eine Folge wie auch ein Äquivalent der Onanie ist. Der wahrscheinliche Vorgang ist der, daß das Kind bis zu einer gewissen Zeit, gleichgültig, ob im Schlaf oder Wachen, nach der Onanie uriniert. Ist es gelungen, die Onanie zu beseitigen oder auf den Schlaf zu beschränken, dann kann doch die Enuresis, meist auch während des Schlafes, weiter bestehen bleiben. Sie ist auf diese Weise das fortgesetzte verräterische Anzeichen einer vergangenen oder gegenwärtigen Sexualbetätigung. Das Kind wird für die manifeste Enuresis und die latente Onanie bestraft. Ein zweites Motiv der Enuresis liegt darin, daß das Urinieren als Äquivalent der Ejakulation ein Gegenbeweis gegen die Kastration ist. Wenn die Patientin im letzten Traum eine ungeheure Lache macht, so betont sie damit ihre Potenz. Diese Folgerung findet noch Bestätigung in einer Frage, die sie an mich stellt. „Wenn jemand kastriert ist,“ fragt sie, „wie kann er dann urinieren?“ Wie ich ihr erkläre, daß die weibliche Harnröhre nicht in dem fehlenden Penis und auch nicht in der Klitoris gelegen ist, sagt sie: „Beim Geschlechtsverkehr kommt aber doch die Flüssigkeit bei der Frau genau so heraus wie beim Mann, nicht wahr?“ Für die Patientin hat die geschlechtsreife Frau ihre phallischen Eigenschaften noch durchaus beibehalten. Der Traum kommt gerade richtig zur Zeit, da sie ihre eigene Kastration rückgängig gemacht hat und sich folglich alle männlichen Vorrechte wieder zuerkennen will.

Daß eine Frau ihr einmal auf der Straße „angepißt“ nachgerufen hat, stimmt wirklich. Die Nachbarschaft wußte, daß beide Schwestern an Enuresis litten, und beide hatten viel böse Spötteleien auszustehen, die von der Stiefmutter noch unterstützt wurden. Die Patientin war wütend über die Beleidigungen, aber machtlos, weil sie sie als berechtigt anerkennen mußte. Obwohl also die Beleidigung im Traum auf Realität beruht, enthält sie doch ein Element von Verfolgungs- und Beziehungsideen. Es ist für diese Krankheit typisch, daß zwar manche der pathologischen Reaktionen durch

reale Vorkommnisse ausgelöst werden, die Reaktionen selbst aber trotzdem abnorm sind.

5) *Homosexuelle Eifersucht und Analerotik*

Ich erkläre der Patientin jetzt, man müsse wohl annehmen, daß Luise, nach ihrer Enuresis und den Beziehungen zur kleinen Schwester zu urteilen, sehr viel allein onaniert habe. Die gemeinsame Onanie hätte sie offenbar nach einer Weile aufgegeben; aber es ist nicht wahrscheinlich, daß es ihr dann gelungen sein sollte, ihre Begierden ganz zu beherrschen. Offenbar, setze ich hinzu, habe sie ihre zahlreichen sexuellen Beziehungen begonnen, um von der Onanie frei zu werden, nachdem sie sich von der gemeinsamen Onanie, wie ihre Strenge der Schwester gegenüber zu beweisen scheint, abgestoßen fühlte. Die Patientin erwidert, daß sie als Kind rasend eifersüchtig auf die Bekannten war, mit denen die Schwester ausging. „Ich war eine Männerhasserin," sagt die sonst so schüchterne Patientin leidenschaftlich, „ich wollte sie für mich haben. Aber sie ist immer mit diesen Burschen fortgegangen und ich habe die Burschen gehaßt."

Offenbar haßte die Patientin die männlichen Freunde ihrer Schwester, weil sie ihnen die Schuld an dem Aufhören der onanistischen Beziehungen zwischen sich und der Schwester zuschob. Sie glaubte wahrscheinlich, daß die Burschen mit ihrem besseren Geschlechtsapparat der Schwester mehr zu bieten hatten als sie.

Ich zeige ihr die Parallele zwischen dem Gefühl, daß die Burschen sie um die Liebe der Schwester gebracht haben, und dem Gefühl, daß die Stiefmutter ihr den Mann wegnimmt. Ich erkläre ihr den Mechanismus der doppelten Eifersucht, wobei die homosexuelle Wurzel die bestimmende ist. Die Patientin sieht ein, daß ihr Haß auf die Stiefmutter zum größten Teil gekränkte Liebe ist; sie gibt auch bereitwillig zu, daß es sie sehr verletzt, daß ihr Mann, der doch nur der Schwiegersohn ist, der Stiefmutter mehr bedeutet als sie selbst, die Tochter. Sie ist von der Stiefmutter immer nur vernachlässigt oder bestenfalls mißhandelt worden. Aber der Eintritt eines fremden Mannes in die Familie hat ihre eigene Stellung noch bedeutend verschlechtert.

Die lebenslange schlechte Behandlung durch die Stiefmutter mit den zahlreichen Züchtigungen, die sie von ihr erhalten hat, wird von der Patientin masochistisch als Koitusersatz gewertet und bildet gleichzeitig die Grundlage ihrer Verfolgungsideen. Wir sehen hier die direkten libidi-

nösen Wurzeln des Verfolgungswahnes. Ich verweile jetzt bei dieser masochistischen Lustquelle und der analen Zone, die dabei eine Rolle spielt. Die Patientin sagt in Bestätigung meiner Beobachtungen, daß alles besser sei, als vernachlässigt zu werden, und erzählt im Anschluß das Folgende: Ihr Mann habe oft darauf bestanden, den Verkehr von hinten auszuführen, wie Hunde es tun; sie hasse das, besonders wenn er — wie ein wirklicher Hund — den Penis in ihren After einführen will. Hunde haben natürlich keine Vagina; darum können sie auch nicht den für Menschen normalen Verkehr ausführen. Ich korrigiere ihre Ansichten über die Anatomie der Hunde und erwähne, daß Hunde beim Verkehr so aussehen, als ob sie miteinander raufen würden. Sie bringt daraufhin die folgende Erinnerung: Als sie ungefähr elf Jahre alt war, schlief sie eine Weile zwischen Vater und Stiefmutter. In der Nacht erwachte sie einmal von sonderbaren Geräuschen und fand das ganze Bettzeug in Bewegung und Aufruhr. „Es sah aus," sagt sie, „als ob sie schrecklich raufen würden." Sie konnte sich aber nicht klar darüber werden, wer der Angreifer war. Sie fügt noch hinzu, daß sie als anderthalbjähriges Kind eine kurze Zeit zwischen ihren wirklichen Eltern geschlafen hat.

In der nächsten Stunde bringt sie den folgenden Traum:

Eine Hündin, welche die Patientin tatsächlich in meinem Hause gesehen hat, kommt in das Zimmer, das ich als Behandlungsraum benütze. Die Patientin fragt das Tier, ob es schläfrig ist. Es nickt und sie legt es in einem Lehnsessel schlafen. Die Stiefmutter kommt herein, schimpft und sagt, daß ein Lehnsessel kein Platz für einen Hund ist. Wie der Hund nach einem langen Schlaf aufwacht, masturbiert die Patientin ihn.

Die Patientin erkennt sofort, daß sie selbst der Hund sein muß; sie versteht offenbar, daß der Hund das anale Tier ist, das die Stiefmutter beim Koitus benutzt. Sie würde viel lieber bei mir als bei sich zu Hause schlafen, wo sie allerhand Schwierigkeiten mit ihrem Mann hat, den sie verlassen möchte. Ich deute ihr daraufhin den Rest des Traumes: das Analysensofa ist der Lehnsessel, auf den ich die Patientin lege; im Traum stellt die Patientin mich vor und der Hund die Patientin. (Siehe S. 43 über die doppelte Rolle in Masturbationsphantasien.) Daß ich der Patientin einen Platz zum Schlafen gebe, bedeutet offenbar, daß ich sie einschläfere. Daß die Masturbation nach dem Aufwachen stattfindet, ist eine Umkehrung; es soll heißen, daß ich die Patientin nicht n a c h, sondern v o r ihrem Schlaf masturbiere, eben um sie einzuschläfern. Die Stiefmutter behandelt sie wie einen Hund; alles ist zu gut für sie, sogar der Schlafplatz. Dieses

Detail enthält auch noch eine Anspielung auf die Schwester der Patientin. Wie ich aus mehreren Erwähnungen weiß, hat die Stiefmutter Luise häufig gezwungen, als Strafe für das Bettnässen auf dem nackten Fußboden zu schlafen. Besonders im Winter tat Luise der Patientin dann schrecklich leid. Im Traum identifiziert sie sich also mit der Schwester und identifiziert außerdem mich mit ihrer Stiefmutter. Wir bekommen hier die erste Ankündigung von einer gründlichen Veränderung der analytischen Situation.

Zu dieser Zeit teilt mir die Patientin mit, daß sie zum erstenmal einen Verkehr ausgeführt hat, ohne Schmerzen, Blutungen oder Krämpfe zu bekommen. Während des Verkehrs bekam sie das Jucken am Genitale, das sich in der letzten Zeit unter andern Umständen sehr fühlbar gemacht hat; beim Koitus steht es an Stelle der normalen lustvollen Sensationen. Unmittelbar nach dem Verkehr träumte sie von einem Koitus, diesmal aber in Begleitung eines allgemeinen Wollustgefühls, das von der Vagina seinen Ausgang nimmt. Am nächsten Tag ist der Wunsch zu onanieren so stark, daß sie sich zum erstenmal traut, ihm nachzugeben. Sie ist dabei völlig anästhetisch, das Genitale reagiert in keiner Weise auf die Berührung. In der Nacht darauf träumt sie den folgenden Traum:

Sie schläft mit ihrer Schwester und hat dabei das Bett naßgemacht. Ihre Schwester sagt, sie soll den Nachttopf benützen, aber das Malheur ist schon geschehen.

Die Deutung liegt auf der Hand und wird von der Patientin ohne Schwierigkeiten angenommen. Das Zusammenschlafen bedeutet Onanieren, ebenso wie im späteren Leben die Redensart „mit einer Frau schlafen" den Geschlechtsverkehr mit ihr bedeutet. Wie es schon zu spät ist, redet ihr die Schwester zu, den Nachttopf zu benützen; das Bett ist aber bereits naß. Wir sehen hier die deutlichste Gleichsetzung von Urinieren und Ejakulation. Die spätere Strenge und die moralischen Bemühungen der Schwester konnten nichts mehr nützen, die vorhergegangene Onanie hatte schon ihr Werk getan.

Dieser Onanieversuch, so erfolglos er an sich auch war, bedeutet doch in der Aufhebung der Verdrängungen meiner Patientin einen Schritt nach vorwärts. Diese Masturbation besteht ausschließlich in Reizung der Klitoris. Gleichzeitig zeigt sich eine zunehmende vaginale Sensibilität. Der gleichzeitige Fortschritt findet seine Darstellung in dem folgenden Traum:

Die Patientin ist bei einer Penisausstellung. Alle Männer werden auf der einen Seite aufgestellt, alle Frauen auf der andern. Man sieht immer nur die untere Körperhälfte. Bei Schluß der Ausstellung bekommt jede Frau einen Mann und noch extra einen Penis.

Wir sehen hier die Erfüllung sowohl der männlichen (Klitoris) wie auch der weiblichen (vaginalen) Wünsche. Ein anderer Traum der gleichen Periode hat deutlich feminine Bedeutung:

Die Patientin ist in einer modernen Schule mit einem ganz besonderen Lehrer. In dieser Schule muß sich die Patientin auf ein Sofa niederlegen und lernt sich zu bücken, tanzen und besser mit Männern umgehen.

Die Träume vom maskulinen urethralen Typus stehen aber zu dieser Zeit im Vordergrund. Im folgenden ein Beispiel:

Die Patientin möchte durch das Vorzimmer aufs Klosett gehen, traut sich aber nicht, weil viele betrunkene Männer herumstehen. Schließlich geht sie doch. Sie uriniert stehend wie ein Mann und entdeckt dabei plötzlich, daß sie einen großen Penis hat. Sie ist sehr stolz und denkt, wie dumm es von ihr war, sich zu fürchten, wo sie doch einen ebensolchen Penis hat wie die Männer. Sie hätte Lust, ihn den Männern zu zeigen.

Bei diesem Traum erübrigt sich die Deutung. Ich bringe ihn nur als Illustration zu dieser Phase der Behandlung.

III

Erste paranoische Phase: Eifersucht

Es ergibt sich jetzt für mich die Notwendigkeit, den Mann meiner Patientin ein zweites Mal zu sehen. Kurz nach Beginn der Analyse hatte er sich einmal in Begleitung seiner Frau vorgestellt. Damals hatte ich Wert darauf gelegt, nur in Anwesenheit der Patientin mit ihm zu sprechen, jetzt aber war mir daran gelegen, ihn sich frei aussprechen, wenn notwendig, über das Benehmen seiner Frau klagen zu lassen, usw. Außerdem war es auch nötig, gewisse praktische Fragen zu regeln. Bei der Ungunst der äußeren Verhältnisse mußte ich versuchen, der Patientin, soweit es eben möglich war, Erleichterungen zu verschaffen, die analytische Arbeit durch äußere Maßnahmen zu unterstützen wie in einer Kinderanalyse. Glücklicherweise ließ sich in meinem Fall die Behandlung weiter fortsetzen, obwohl fast alle meine nach der Verbesserung der äußeren Bedingungen zielenden Bemühungen zum Scheitern bestimmt waren.

Ich bat die Patientin, im Vorzimmer zu warten, und forderte den Mann auf, alleine zu mir hereinzukommen. Nach einer kurzen Unterredung ging er dann mit seiner Frau nach Hause.

In den darauffolgenden vier Tagen ernteten wir die Früchte dieser Veranstaltung. Es war mein Gefühl gewesen, daß die Patientin der Übertragung ihrer Eifersucht auf mich die stärksten Widerstände entgegensetzte. Ihre Träume drehten sich zu lange Zeit immer wieder um das Urinieren, den Besitz eines Penis usw. Der sonst so schnelle Fortgang dieser Analyse war hier offenbar von einem Hindernis aufgehalten. Ich war mir zwar darüber klar, daß es gefährlich war, ihre Eifersucht in die Übertragungs-

situation hineinzuzwingen. Ich fürchtete aber, wenn keiner von uns den Mut dazu hätte, dann würde die Analyse stocken, der Widerstand sich verstärken und die Aufgabe, die wir zu erledigen hatten, nur immer schwerer werden.

Am ersten Tag nach der Unterredung mit ihrem Mann hat die Patientin alle Träume vergessen und findet wenig zu sagen. Am zweiten Tag kommt sie um eine halbe Stunde zu spät; sie entschuldigt sich damit, daß sie sich in der Straßenbahn geirrt hat. Ich reagiere nicht auf diese Anzeichen, sondern warte ab, bis der Widerstand eine gewisse Höhe erreicht hat; ich rechne damit, daß er dann auch der Patientin als solcher fühlbar werden wird, so daß sie ihn nicht ableugnen kann, wenn ich ihn ihr vorhalte. Am dritten Tage sieht sie, wie ich gerade vor ihrer Stunde telephoniere.

Sie beginnt die Stunde mit der Beschuldigung, daß ich am Telephon auf englisch über sie gesprochen habe. Sie gibt zu, daß sie mich nicht zum erstenmal am Telephon gesehen hat; diesmal aber ist sie sicher, daß ich mich über sie beklagt habe, daß ich Veranstaltungen gemacht habe, sie wegführen zu lassen usw. Sie wartet ungeduldig auf meine Antwort und prüft jedes meiner Worte mit dem größten Argwohn. Sie erklärt, daß ich sehr böse auf sie bin und deshalb darauf hinarbeite, daß „etwas mit ihr geschehen“ soll. Zu Hause sind alle ihre Feinde und ich bin mit ihrer Familie im Bunde. Sie gibt zu, daß sie alle Hausarbeit vernachlässigt hat, daß also ihr Mann und ihre Schwiegermutter Grund zur Unzufriedenheit haben. Sie fügt aber hinzu, daß es ganz gleich ist, ob sie etwas tut oder nicht tut, es seien doch immer alle gegen sie.

Sie erzählt folgenden Traum:

Um einen Hahn sind viele Hennen versammelt. Er springt auf eine nach der andern und hat Geschlechtsverkehr mit ihnen.

Sie erkennt sofort, daß ihr Mann der Hahn ist, bringt aber keine weiteren Andeutungen über seine Untreue. Der Traum verrät jedenfalls die Wichtigkeit dieses Themas, wenn sich die Patientin auch nicht weiter darauf einläßt.

Zur Erklärung des Ärgers, den sie mir zuschreibt, mache ich sie aufmerksam, daß man gewöhnlich annimmt, jemand sei böse, wenn man ihn schlecht behandelt hat. Ich meine, sie müsse ein schlechtes Gewissen haben, weil sie tags vorher zu spät gekommen ist, und nehme nun infolgedessen an, daß ich böse sei. Sie reagiert auf diese Behauptung mit absoluter Ablehnung. Angesichts ihrer völligen Unzugänglichkeit sage ich weiter nichts und erkläre mich einverstanden, als sie vorschlägt, die Stunde vor der gewöhnlichen Zeit zu beenden. Sie macht physisch wie psychisch

einen durchaus kranken Eindruck und ich beginne zu denken, daß sie wahrscheinlich für die analytische Arbeit unzugänglich bleiben wird.

Ich merke aber bald, daß man von der Neurosenanalyse her nur nicht an die blitzschnellen Übergänge gewöhnt ist, die den Psychosen ein leichtes sind. Am vierten Tage zeigt die Patientin sich bereit, näher in die Sachlage einzugehen. Sie sieht etwas besser aus und zeigt beim Hereinkommen ein beschämtes und begütigendes Lächeln. Sie gibt zu, daß meine Unterredung mit ihrem Mann der Ausgangspunkt der ganzen Schwierigkeit ist. Sie war wartend im Vorzimmer gesessen; und plötzlich war sie — nach ihren eigenen Worten — von einer rasenden, wahnsinnigen Eifersucht gepackt worden. Eine panikartige Angst hatte sie ergriffen, die Außenwelt war plötzlich nicht mehr vorhanden, sie wußte nur von einem ungeheuren Brausen und elektrischen Summen in ihrem Kopf und der Gedanke packte sie, daß mir ihr Mann sicher besser gefallen würde als sie selbst. Sie hatte sich in die Hände gebissen und gewußt, daß ihr nichts übrig bliebe, als sich umzubringen.

Sie ist — wie sie sagt — besonders überrascht darüber, daß sie nicht wegen ihres Mannes, sondern meinetwegen eifersüchtig war. Ich zeige ihr sofort, daß ihre Eifersucht auf die Stiefmutter von genau derselben Art ist; sie gönnt ihrem Manne nicht die Zärtlichkeit, die sie sich selber wünscht. Es ist, wie ich ihr ferner zeige, auch kein großer Unterschied mehr, ob sie glaubt, daß ich (oder ihre Stiefmutter) ihren Mann lieber habe als sie oder ob sie sich vorstellt, daß ihre Stiefmutter (oder ich) Sexualverkehr mit ihm habe. Ich frage sie, ob sie das vielleicht geglaubt habe, und erhalte zur Antwort, daß es ihr gestern nicht unmöglich erschien.

Sie versteht jetzt auch den Projektionsmechanismus: sie war böse auf mich und hat ihren eigenen Ärger auf mich projiziert. Außerdem hat sie — weil sie böse war — so gehandelt, daß jeder in einer gewöhnlichen Beziehung zu ihr Stehende beleidigt und geärgert werden müßte; nachdem sie so ihre Rolle gespielt hatte, nahm sie meine Reaktion darauf als gegeben an. Es nützte auch nichts, daß ich keinerlei Empfindlichkeit zeigte. Sie phantasierte das Fehlende hinzu und stellte sich als die schlecht Behandelte hin.

Unter dem Einfluß dieser Deutungen und in der Erleichterung, von der sie gefolgt werden, bringt ie eine Anzahl lebhaft gefärbter Übertragungsphantasien. Sie erzählt, sie hätte abends vorher, als ihr Widerstand schon abgelaufen, aber noch nicht analytisch gedeutet worden war, phantasiert, daß ich in ihr Bett käme und daß sie sich in meine Arme ge-

schmiegt und mich geküßt hätte. Schließlich hätte sie ein Kissen so fest wie nur möglich an sich gedrückt und sei eingeschlafen. Sie gibt die unverkennbare Ähnlichkeit dieser Szene mit ähnlichen Erlebnissen mit der Schwester in früher Kindheit zu.

Daß sie zu dieser Zeit ihren Mann und ihr Haus in auffälliger Weise vernachlässigt, ist natürlich auf die ausschließlich homosexuelle Bindung ihrer Libido in der Übertragungssituation zurückzuführen. Sie haßt ihren Mann, weil er an ihrer Statt den Penis besitzt, mit dem sie die geliebte Frau erringen könnte. Der Traum der nächsten Nacht demonstriert diese Haß- und Neideinstellung:

Sie und ihr Mann möchten einen Maskenball besuchen, haben aber keine Kostüme. Sie wollte immer gerne auf so einen Ball gehen, ist aber nie dazu gekommen. Man kann Kostüme beim Teufel ausleihen, der plötzlich erscheint; er ist ganz rot, hat einen Schweif, Hörner und ein scheußliches Grinsen. Für den Mann bringt er ein Kostüm, das ganz aus männlichen Geschlechtsteilen zusammengesetzt ist, für die Frau ein schreckliches Kostüm aus weiblichen Genitalien. Das Kostüm des Mannes ist häßlich, aber nicht so furchtbar wie das Frauenkleid, das vorne ein großes offenes Loch hat und darüber ein ganz kleines Glied, das aussieht wie ein Penis, „wo man onaniert". Die Patientin will ihren Mann verhindern, die Kostüme anzunehmen, aber er will es durchaus. Die Patientin wird dann wütend mit dem Teufel, der sich aber nur über ihren Ärger lustig macht, grinst und herumtanzt und plötzlich — genau so aussieht wie der Mann der Patientin. Sie sagt: „Wenn er uns schon so grausliche Sachen bringt, hätte er uns wenigstens beiden dasselbe bringen können."

Versuchen wir, die Traumelemente der Reihe nach zu analysieren. Der Maskenball (siehe S. 17) bedeutet eine sexuelle Versuchung. Die Maskierung der Tänzer soll die Verhüllung des Geschlechts bedeuten, d. h. man sieht keine Geschlechtsunterschiede. Der Ball ist offenbar das Werk des Teufels, wie daraus ersichtlich, daß er die Kostüme beistellt; in anderen Worten ausgedrückt: die Sexualität ist das Werk des Teufels. Der Teufel selbst mit seiner roten Farbe, seinen Hörnern, seinem Schwanz und seinem triumphierenden Grinsen ist ein deutliches phallisches Symbol. Er bringt der Patientin und ihrem Mann sexuelle Gewänder; das Gewand der Patientin ist aber eine scheußliche Mißbildung. Sie ist also mit einer Sexualität belastet, die nicht einmal phallisch, folglich auch nicht der Mühe wert ist. Sie ist wütend über die Vernachlässigung, die sie von seiten der Natur erfährt, — schließlich ist es ja die böse Seite der Natur, der Teufel des Traumes, welche die Sexualität der Menschen geschaffen hat, — und ihre Wut überträgt sich im weiteren auf den Mann, der das besitzt, was man ihr versagt hat; der Teufel verwandelt sich zum Schluß in ihren Mann.

Die Onanie der Patientin mit ihrer Schwester rückt jetzt in den Mittelpunkt des analytischen Interesses. In einem Traum, welcher der Vorläufer des wichtigsten aus der ganzen Analyse ist, stellt die Patientin ihre passive Onanie mit einem Schwesterersatz zum erstenmal als unlustbetont hin:

Die Patientin sucht überall nach einer Frau; manchmal bin ich diese Frau, schließlich ist es eine Cousine, mit der die Patientin im Alter von 14 Jahren zusammen geschlafen hat und die sie masturbieren wollte.

Diese Cousine hat eine Schwester, die blond ist und die Patientin an ihre eigene Schwester erinnert. Sie sagt: „Wenn es die andere Cousine gewesen wäre, hätte ich sie es vielleicht machen lassen, aber diese konnte ich nicht leiden."

Wir finden hier zum erstenmal, daß die gemeinsame Onanie unlustbetont ist. Die Gründe dafür sind verschiedener Art: erstens meine Weigerung, die erotischen Wünsche der Patientin zu erfüllen (der Traum beginnt mit der Suche nach mir); zweitens der Widerstand, neues Material über die alte Onanie mit der Schwester zutage zu fördern; und drittens kann das Ich sich der Onanie widersetzen und sie unlustvoll machen, seit sie aus der Vergessenheit befreit und bewußt gemacht worden ist, während es vorher nur mit Verdrängungsmaßnahmen arbeiten konnte. Diese zunehmende Macht des Ichs, seine Fähigkeit, Material zu beherrschen und zu dirigieren, das früher durch die Verdrängung seiner Machtsphäre entzogen war, zeigt sich jetzt auch in dem Auftauchen immer neuer, bewußt gewordener Materialstücke.

Der erste Traum dieser Serie zeigt, wie alle diese Vorgänge sich jetzt durchaus innerhalb der Übertragung abspielen, und wie aussichtslos es wäre, die Analyse auf bloße Erinnerung einschränken zu wollen.

Die Patientin liegt mit ihrer Schwester im Bett; die Schwester masturbiert sie, bis sie zum Orgasmus kommt. Die Schwester verwandelt sich dann in mich. Ich habe einen großen Penis. Ich habe Geschlechtsverkehr mit der Patientin und befriedige sie wieder. Dann verwandle ich mich in den schwarzen Mann des periodischen Angsttraumes. Auch er hat befriedigenden Verkehr mit der Patientin; sie hat keine Angst vor ihm. Der schwarze Mann verwandelt sich dann in ihren Mann, mit dem sie einen höchst befriedigenden Verkehr ausführt. Die Schwester ist blond, wie sie auch in Wirklichkeit war. Ich bin dunkelhaarig, wie in der Wirklichkeit, und der Mann ist wie die Schwester blond, was er auch wirklich ist.

Dieser Traum war außerordentlich lustvoll. Eine seiner Folgen ist, daß es der Patientin gelingt, ihrem Mann und ihrer häuslichen Arbeit mehr Interesse zuzuwenden.

Auch der nächste Traum beschäftigt sich mit der Anerkennung der männlichen Vorrechte.

Sie geht mit ihrer Schwester auf ein Klosett, das zwei Abteilungen nebeneinander hat, eine helle, die schon besetzt ist, und eine dunkle, in die die beiden Schwestern hineingehen. Luise setzt sich auf das Klosett und nimmt die Patientin auf den Schoß. Die Patientin spreizt die Beine und läßt sich von der Schwester masturbieren. Dann tauschen sie die Plätze und die Rollen und wiederholen den Vorgang. Währenddessen versuchen sie, ein Licht zu finden oder Licht zu machen, was ihnen aber nicht gelingt. Der Mann der Patientin kommt herein, findet mit der größten Leichtigkeit sofort den elektrischen Kontakt und dreht das Licht auf. Plötzlich aber schlagen Flammen heraus und setzen das Stroh, das in der Nähe liegt, in Brand. (Das Ganze spielt in einer Art Stall oder Scheune.) Die Patientin bittet ihren Mann, das Feuer zu löschen. Er tut es, nimmt sie dann bei der Hand und führt sie nach Hause.

Dieser Traum enthält, wie so häufig bei der Patientin, eine Szene, die sie wirklich erlebt hat. Im Alter von neun Jahren onanierte sie so, wie es hier geschildert ist, mit einem Mädchen auf dem Lande. Das Klosett befand sich nahe bei dem Stroh, wo sie schließlich erwischt wurden. Dazu gehört auch, daß — wie wir gehört haben — die Patientin ihren Mann und ihre Stiefmutter beschuldigt, im Stall, wo das Pferd gehalten wird, Sexualverkehr gehabt zu haben. Deuten wir diese Erinnerung mit Hilfe des Traumes, in dem das Mädchen auf dem Land durch die Schwester ersetzt ist, so sehen wir, daß das Erlebnis im neunten Lebensjahr nur die Wiederholung einer früheren Szene ist, die sich zu Hause mit der Schwester abgespielt hat. Vermutet haben wir das bereits, der Traum bringt uns nur den ersten wirklichen Beweis für unsere Annahme. Die Symbolik des Lichtanzündens und Feuerlöschens ist uns aus den Träumen von Enuretikern bekannt und leicht verständlich; das Feuer bedeutet seinen Gegensatz, Wasser oder Samen, wie auch die Flamme der Sexualität. Die beiden Frauen können das Licht nicht finden, aber der Mann findet es sofort; das bedeutet, daß er potent ist, während sie es nicht sind. Der Traum sagt uns nicht, wie der Mann das Feuer löscht; wir können aber annehmen, daß er dazu dasselbe Mittel verwendet wie zum Anzünden, nämlich Urin oder Samen. Die Angst der Patientin vor dem Feuer im Stroh bedeutet gleichzeitig ihre Angst vor der Sexualität und ihre Angst vor Entdecktwerden und Strafe. Die größere Potenz des Mannes macht offenbar einen solchen Eindruck auf sie, daß sie ganz zufrieden mit ihm fortgeht.

Der folgende Traum, der wichtigste, den sie in der Analyse produziert hat, muß als das Äquivalent einer plastischen Erinnerung gewertet werden:

Eine Person, welche die Patientin als Luise bezeichnet, welche aber in allen andern Hinsichten mir ähnelt, nimmt die Patientin zu sich ins Bett. Die Patientin liegt so, daß ihr Kopf bei den Füßen der Schwester ist, damit sie leichter ihre Genitalien erreichen kann. Luise ist ungefähr zwölf Jahre alt, die Patientin ist etwa zweijährig und ganz klein. Sie masturbieren einander gleichzeitig. Luise unterweist die Patientin, wie sie mit der einen Hand die Labien spreizen und mit der andern die Klitoris reiben soll. Das geht unter der Bettdecke vor sich. Plötzlich spürt die Patientin den intensivsten Orgasmus, den sie je gefühlt hat, ihr ganzer Körper gerät in Erregung; einen Augenblick später stellt sich dieselbe Reaktion bei der Schwester ein. Luise nimmt sie dann voll Leidenschaft in die Arme und drückt sie eng an sich. Sie hat dabei das Gefühl absoluter Wirklichkeit.

Das Wirklichkeitsgefühl ist so stark, daß die Patientin beim Erwachen ihr Genitale mit der Hand untersucht, um herauszufinden, was damit geschehen ist. Sie hat die Menstruation und trägt eine Binde; und nur der Umstand, daß die Binde nicht verschoben ist, überzeugt sie davon, daß sie das Ganze geträumt hat.

Untersuchen wir als erstes Element das Wirklichkeitsgefühl des Traumes. Wir wissen, dieses Gefühl bedeutet, daß der Inhalt des Traumes nicht Phantasie, sondern Wirklichkeit ist. Die Patientin erinnert jetzt, daß sie und ihre Schwester genau so, wie der Traum es beschreibt, gelegen sind und onaniert haben. Ihre Lage erklärt sich offenbar daraus, daß sie sonst ihrer Kleinheit wegen die Genitalien der größeren Schwester gar nicht erreicht hätte. So mußte sie auch, um die Schwester zu masturbieren, beide Hände gebrauchen, wo ein Erwachsener nur eine nötig gehabt hätte. Diese Details sprechen für die Wirklichkeit des Vorkommnisses. Das Alter der beiden Schwestern ist korrekt angegeben; die früheste Onanie fand statt, ehe die Patientin im Alter von vier Jahren aufs Land geschickt wurde.

Wir erhalten hier auch zum erstenmal ein Motiv für Luisens Verführung der kleinen Schwester. Sie masturbierte sie, um sie zu lehren, wie sie das gleiche an ihr ausführen sollte. Wenn man Luisens körperliche und geistige Minderwertigkeit in Betracht zieht, hat ihr Hinwegsetzen über die gewöhnlichen Hemmungen auch nicht viel Verwunderliches. Die Patientin beugt sich schließlich vor der Kraft dieser Argumente. Sie sagt, daß sie schon seit längerer Zeit meine Annahme für richtig hält, es nur nicht zugeben will, um ihrer toten Schwester kein Unrecht zu tun. Aber gerade diese Angst vor der Beschuldigung zeigt ihre Bedeutsamkeit. Bei

der späteren Onanie mit dem Mädchen auf dem Lande beschuldigt die Patientin ihre Gefährtin ganz direkt für ihr unrechtes Handeln und ihre Ungerechtigkeit. Sie haßte und fürchtete dieses Mädchen, und wir müssen annehmen, daß sie ursprünglich ihre Schwester in genau derselben Weise gehaßt und gefürchtet hatte. Ich zeige der Patientin, daß die Bindung an einen andern Menschen ebensogut auf Haß als auf Liebe gegründet sein kann, und daß das Schuldgefühl, das aus solchem Haß entspringt, die Bindung nur verstärkt. Es gelingt mir aber diesmal nicht, die Schuldgefühle zu beschwichtigen, welche die Beschuldigung der Schwester in der Patientin erweckt hat. Sie gibt zwar die Tatsache der Verführung zu, schreckt aber noch davor zurück, ihre Folgen einzusehen: die pathogene Fixierung an die ältere Schwester, die zur Grundlage ihrer paranoischen Psychose geworden ist. Täte sie es, so würde eine Unmenge tief verdrängter Wut und Rachsucht gegen die geliebte Schwester auftauchen, die sie noch nicht ins Bewußtsein zulassen will.

In der nächsten Stunde ist sie müde und niedergeschlagen. Sie kann sich nicht verzeihen, der toten Schwester auch nur mit einem Gedanken zu nahe getreten zu sein. Meine Versicherungen, die Schwester sei durch ihre Abnormität und Unwissenheit von jeder Schuld freizusprechen, nützen nichts, weil sie unbewußt oder auch halb und halb bewußt von der Schuld der Schwester und dem Schaden, den sie angerichtet hat, überzeugt ist. Trotzdem bringt der Traum dieser Nacht eher eine Bestätigung als einen Widerruf der gestrigen Mitteilungen:

Die Patientin liegt in gewöhnlicher Lage mit der Cousine, die ihrer Schwester ähnlich sieht, im Bett. Sie masturbieren sich gegenseitig.

Am folgenden Tag bringt sie folgenden Schuldgefühlstraum:

Die Patientin und ihre Schwester waschen miteinander Wäsche. Es ist sehr schwere Arbeit.

Als Einfall bringt sie Erinnerungen an die Zeit, zu der sie und die Schwester tatsächlich gemeinsam gearbeitet haben. Einmal mußten sie 30 kg Kohle vom Keller herauftragen. Die Schwester erklärte, bei dieser schweren Last nicht mithelfen zu können; sie war damals schon krank; wie sich später herausstellte, waren es die Anfänge ihrer Paralyse. Die Patientin war gerne bereit, die Kohle allein zu tragen, während die Schwester nebenherging. Unterwegs trafen sie den Vater, der der älteren Schwester schwere Vorwürfe über ihre unerhörte Faulheit machte. Der Patientin tat damals die Schwester außerordentlich leid und sie war froh, für beide arbeiten zu können.

Der Traum spricht von einer Arbeit, einer geistigen oder physischen Last, — einer Schuld, — die beide gemeinsam tragen sollten. Die Patientin trägt sie aber allein wie die Onanieschuld, die sie auch bis heute gerne allein getragen hat.

Plötzlich erinnert die Patientin einen vergessenen Traum, den sie unmittelbar nach dem vorigen geträumt hat. Sie erinnert ihn jetzt, weil er eine Bestätigung meiner Deutung enthält:

Die Patientin und ihre Schwester liegen in gewöhnlicher (nicht umgekehrter) *Lage nebeneinander. Die Patientin masturbiert die Schwester, bis sie zum Orgasmus kommt. Sie hat wieder ein starkes Gefühl von Wirklichkeit.*

Das Wirklichkeitsgefühl im Traum ist so stark, daß sie erwacht. Die Deutung dieses Traumelements wird noch dadurch bestätigt, daß sie sich beim Erwachen mit dem Glied ihres Mannes in der Hand findet. Er schläft noch, und es kann kein Zweifel bestehen, daß sie ihn im Schlafe masturbiert hat. Der tiefere Sinn des Wirklichkeitsgefühls bezieht sich aber darauf, daß sie tatsächlich ihre Schwester masturbiert hat; wir erinnern uns daran, daß in mehreren Koitusträumen die Gestalt der Schwester oder des schwarzen Mannes am Ende in den Mann der Patientin verwandelt wurden. Er hat also auf sexuellem Gebiet die Rolle der Schwester übernommen.

Das in der Folge auftauchende Material dient nur dazu, die vorgefallene Onanie wirklich zu beweisen und die Patientin trotz allen Widerstrebens von ihrer Existenz zu überzeugen.

IV

Zweite paranoische Phase: Die negative Übertragung

Jetzt, da die Patientin die Beziehungen zur Schwester, so wie sie wirklich waren, erinnert und zugegeben hat, kann sie sich auch nicht länger gegen die Wiederholung der Reaktionen schützen, die sich aus ihnen ergeben. Als Folge davon beginnt die langerwartete negative Übertragung aufzutauchen. Sie erzählt, daß sie um mich besorgt ist, daß sie Angst hat, es könne mir etwas zustoßen. Sie weiß, daß ich nach Amerika fahren will, und macht sich Sorgen darüber. Das Meer ist so gefährlich, ich könnte in einen Sturm geraten. Sie sagt in einem auffallend gleichgültigen Ton, daß sie nicht weiß, was sie dann ohne mich anfangen soll. Mir fällt auf, daß sie, die sonst so leicht ein Übermaß von Erregung zeigt, dabei ganz ungerührt bleibt. Sie behauptet, daß sie unruhig und besorgt ist, daß sie ohne mich nicht leben kann. Aber die Art, in der sie es sagt, widerspricht dem Inhalt ihrer Worte.

Ich benütze die Gelegenheit zu zwei Warnungen: erstens, daß der Ärger und Haß auf ihre Schwester ihr bald zu Bewußtsein kommen werden, und zweitens, daß es wahrscheinlich nicht dabei bleiben wird, daß sie diese Gefühle als vergangen erinnert, sondern daß sie sie, wie es bisher immer in ihrer Analyse geschehen war, in der Übertragung reproduzieren wird. Ich füge hinzu, daß die Besorgnis um mich aus Todeswünschen gegen mich entspringt und daß man Todeswünsche gegen jemand hat, den man haßt, fürchtet oder an dem man sich wegen verschmähter Liebe rächen will. Das einzige Stück davon, das sie zu diesem Zeitpunkt annimmt, ist die aus verschmähter Liebe entstandene Rachsucht.

Sie klagt jetzt, daß ich weniger freundlich mit ihr sei, daß mein Mädchen sie beim Kommen nicht grüße. Sie bemerkt in meinem Hause eine gewisse argwöhnische Stimmung und behauptet schließlich, daß ich sie verdächtige, mich bestohlen zu haben. Ich erwidere, daß mir nichts von meinem Eigentum fehle, worauf sie einwirft, daß ich ja nicht täglich alles, was ich habe, nachzähle, daß leicht etwas fehlen könnte, wovon ich nicht weiß, ich aber trotzdem ein unbestimmtes Gefühl haben könnte, es sei nicht alles da. Ich versuche herauszufinden, an was für Gegenstände sie dabei denkt, kann aber nichts von ihr erfahren, da sie Angst hat, ich könnte jede genauere Bezeichnung eines Gegenstandes als Eingeständnis des verübten Diebstahls auffassen.

Sie sagt, es sei sehr bedauerlich, daß ich meinen Argwohn vor anderen geäußert habe: die Leute auf der Straße zeigen durch ihr Benehmen gegen sie, daß sie auch schon solche Dinge über sie reden gehört haben. Allerdings, fügt sie hinzu, könnten es auch meine Mädchen sein, die diese böswilligen Verleumdungen über sie verbreitet haben. Für meine Versicherungen, daß weder ich noch meine Mädchen ihre Ehrlichkeit im geringsten bezweifeln, hat sie nur ein höhnisches Lächeln.

Sie sagt weiter, daß sie weiß, daß wir alle gegen sie verbündet sind; sie kennt zwar meine Pläne nicht im einzelnen, aber sie beobachtet meine Handlungen genau, um meine Absichten daraus zu erfahren. Alle meine Versuche, ihr vernünftig zuzureden, treffen auf taube Ohren; und sie erinnert alle Freundlichkeiten, die ich ihr in der Vergangenheit erwiesen habe, um sie als Beweise der gegen sie gerichteten Verschwörung zu verwerten.

Ich lasse sie zu dieser Zeit anstatt täglich nur jeden zweiten Tag kommen. Es scheint mir zwar unumgänglich nötig, den Kontakt mit ihr aufrecht zu erhalten, aber die Analysenstunde bringt sie jetzt in einen solchen Zustand von Reizbarkeit, daß die Fortsetzung einfach unmöglich ist. Sie träumt gar nicht, manchmal vergißt oder verdreht sie die Träume. Sie liegt oft lange Zeit in absolutem Stillschweigen auf dem Sofa. Wenn ich sie am Ende einer Stunde entlasse, bin ich meistens unsicher, ob sie überhaupt wiederkommen wird.

Die Beziehungen zu ihrem Manne bessern sich in dieser Zeit, teils aus Widerstand gegen mich, teils wegen des wirklichen Fortschrittes, den ihre heterosexuelle Entwicklung durch das Überwinden früherer Hemmungen gemacht hat. Der homosexuelle Kern ihrer paranoischen Psychose ist noch unangerührt, trotzdem sind an der Peripherie deutliche Veränderungen vor

sich gegangen. Die Patientin hat beim Koitus ein gewisses Maß vaginaler Sensationen, bei vereinzelten Onanieversuchen ein gewisses Maß von Empfinden an der Klitoris. Beide Zonen scheinen gleichzeitig von einem Stück Hemmung frei geworden zu sein und sich entwickelt zu haben, wobei die Vagina die Klitoris weit überflügelt; bei der letzteren hat man offenbar schon mit der zu dieser Zeit normalen Rückbildung zu rechnen. Die Patientin verlangt nicht mehr, von ihrem Mann masturbiert zu werden, empfindet auch keine besondere Lust bei diesem Vorgang; sie hat nur selten Lust, selber zu onanieren. Ihr Fortschritt in der Heterosexualität und ihre Einstellung zu dieser Seite sehen wir aus folgendem Traum:

Sie wird von einem großen blonden Kind entbunden. Ich bin die Hebamme, ihr Mann ist der Vater des Kindes.

Wir wissen, daß der blonde Mann der Nachfolger der blonden Schwester ist. Das Kind ist also das Produkt der jetzt durch den Mann ersetzten phallischen Schwester. Ich, als Analytikerin, helfe ihr, das Kind zur Welt zu bringen.

Der günstige Anschein, den dieser Traum erweckt, ist zum Teil berechtigt, zum Teil auf ihr Sträuben gegen das Preisgeben weiteren Materials zurückzuführen. Die homosexuelle Bindung an die Schwester kann ja nicht aufgegeben werden, ehe sie sie nicht voll zugegeben und in der analytischen Situation reproduziert hat. Der Widerstand richtet sich natürlich gegen das Auftauchen neuen Materials zu dieser Bindung. Anderseits ist in der Heterosexualität der Patientin, wie der Traum es zeigt, ein wirklicher Fortschritt zu bemerken. Von dieser Seite gesehen, — ohne die paranoischen Störungen, die von der anderen, homosexuellen Seite herkommen, in Betracht zu ziehen, — ist der Traum von bester Vorbedeutung. Die Entwicklung einer normalen Heterosexualität ist unentbehrlich als Kernpunkt für die Persönlichkeit der Patientin, wie sie sich nach der Analyse entwickeln soll. Offenbar kann diese Entwicklung vor sich gehen, unabhängig von der homosexuellen Bindung, die natürlich am Ende aus ihrer Libidoökonomie eliminiert werden soll.

Die Patientin berichtet jetzt von ihrer Angst, daß sie sich an der Schwester mit Syphilis angesteckt haben könnte. Ich versichere zwar, daß ich an ihre Syphilis nicht glaube, dränge sie aber, eine Wassermannsche Probe machen zu lassen. Sie hält aber an ihrer Idee fest, ohne die Blutuntersuchung machen zu lassen.

Das Durcharbeiten durch die negativen Reaktionen nimmt seinen Fort-

gang und ich bekomme den Eindruck, daß es sich hier um einen inneren Prozeß handelt, den man weder beschleunigen noch abändern kann. Die Patientin ist jetzt auf allen Gebieten so unbeeinflußbar, wie sie es bisher nur in bezug auf die Wahnidee von der Untreue ihres Mannes war, und selbst dort nicht immer mit der gleichen Zähigkeit. Die Systematisierung ihrer Wahnideen macht zwar keine großen Fortschritte, aber das Gefühl, daß ich der Führer einer gegen sie gerichteten Verschwörung bin, wird immer stärker. Es macht den Eindruck, als hätte sie nur noch keine Zeit gehabt, die Einzelheiten dieser Idee auszuarbeiten und zu systematisieren.

Schließlich, nach drei Wochen, bringt sie folgenden bedeutsamen Traum:

Die Schwester der Patientin kommt zu ihr und sagt: „Warum schämst du dich immer so für mich? Später einmal wirst du auch viele Männer haben und vielleicht so schlecht werden wie ich. Komm in den Wald anstatt da zu stehen und mit mir zu streiten.“ Die Patientin nimmt die Hand der Schwester und geht mit ihr in den Wald. Plötzlich verschwindet die Schwester und ein junger Mann tritt an ihre Stelle. Er hat dunkle Haare, einen Backenbart und trägt Uniform. Er nimmt die Patientin bei der Hand und verspricht, sie aus dem Wald herauszuführen. Statt dessen führt er sie aber immer tiefer in den Wald hinein. Dann sagt er zu ihr: „Leg dich hier ein bißchen nieder und ruh dich aus, denn wir haben noch weit zu gehen.“ Sie weigert sich, sich niederzulegen, aber er sieht sie so böse an, daß sie sich fürchtet und ihm gehorcht. Er setzt sich neben sie und drückt sie plötzlich an sich, wie ihr Mann das tut, und hat Geschlechtsverkehr mit ihr. Sie fühlt Angst und Ekel. Dann verschwindet er und ein zweiter Mann kommt, der brünette Haare hat. Die Patientin geht gerne mit ihm, weil sie irgendjemanden ärgern will, der ihr untreu war, entweder ihre Schwester oder ihren Mann. Er führt sie in ein kleines Haus, das meinem Haus ähnlich sieht, und in ein kleines Zimmer, wo er von hinten mit ihr verkehrt. Das bereitet ihr solche Schmerzen wie der erste Koitus mit ihrem Mann. Dann kommt ein dritter Mann mit einer kleinen Glatze und dahinter einem Schopf blonder Haare, die aussehen wie die Haare ihrer Schwester. Er heißt Rudolf (der Name ihres Mannes). Er führt die Patientin in ihre wirkliche Wohnung und hat Verkehr mit ihr, wobei sie sich sehr ekelt. Plötzlich erschrickt sie furchtbar über ihr Benehmen, bekommt große Angst und ist sicher, daß sie sich im Laufe der Nacht mit einer Geschlechtskrankheit angesteckt hat. Sie ist wütend auf ihre Schwester und auf ihren Mann und spürt heftigen Haß auf beide. Dann erscheint die Schwester und sagt: „Siehst du, jetzt hast du auch eine Menge Männer gehabt wie ich. Aber du bist nicht schlecht. Es ist keine Sünde, viele Männer zu haben. Im Gegenteil, du mußt sie alle ausprobieren und den behalten, der dir am besten paßt. Dein Mann ist zu groß für dich.“ Nachdem die Schwester wieder verschwunden ist, ist die Patientin noch böser auf sie als vorher und denkt: „Wenn sie mich nicht in den Wald geführt hätte, wäre ich nicht schlecht geworden.“

Beim Erwachen hat sie ein Gefühl der Erleichterung.

Der Wald bedeutet offenbar eine Art Venusberg, in den die Patientin von ihrer Schwester geführt wird. Er ist auch ein Symbol für das weibliche Genitale, also den Ort, wo die gemeinsame Onanie stattgefunden hat. Daß die Patientin die Schwester wegen ihres unsittlichen Lebenswandels tadelt, sehen wir aus dem Vorwurf der Schwester, daß die Patientin sich ihrer schämt. Sie bringt dann die Patientin in dieselbe Lage, derentwegen man ihr Vorwürfe macht. Das heißt, die Patientin identifiziert sich aus Schuldgefühl mit der Schwester und betrachtet sie gleichzeitig (wie aus ihrer Angst vor Geschlechtskrankheit ersichtlich ist) als die Ursache ihrer Schwierigkeiten. Luise, wie wir wissen, begann ihren unsittlichen Lebenswandel in dem Bemühen, sich die Onanie abzugewöhnen. Sie hatte eine besondere Vorliebe für Männer in Uniform: Soldaten, Briefträger, Kondukteure. Sie war aber im Notfall auch mit anderen zufrieden. Jetzt hat die Patientin Verkehr mit den Männern, die eigentlich ihrer Schwester zugehören, und wird dadurch ebenso schlecht wie die Schwester.

Die kahle Stelle vor dem blonden Haarschopf des dritten Mannes ist ein interessantes Detail, über das ich die Patientin befrage. Das blonde Haar erinnert sie an die schwarzen Schamhaare der Schwester, die sie wie gebannt anzustarren pflegte (siehe S. 22). Der dritte Mann ist also ihre Schwester. Die Patientin hat im Laufe der Analyse die Vorstellung von der Frau mit dem Phallus aufzugeben begonnen; so sehen wir jetzt anstatt des schwarzen Haares, hinter dem sie den Penis vermutete, eine kahle, nackte Stelle vor einem Haarschopf: eine Stelle, an der etwas fehlt. Es handelt sich hier um das Fehlen des Gliedes. Dieser Mann trägt aber den Namen ihres Mannes, von dem wir wissen, daß er an die Stelle der Schwester gerückt ist. So hat die kahle Stelle auch noch eine zweite Bedeutung: sie spielt auf den Wunsch an, ihrem Mann sein Glied wegzunehmen.

Die Untreue der Patientin ist eine Nachahmung der Schwester und gleichzeitig die Rache gegen die Schwester. Offenbar beruht auch die Stärke ihrer Übertragung zum Teil darauf, daß sie auf diese Weise der Schwester untreu werden kann.

Wir finden jetzt noch eine weitere Quelle für die Eifersucht auf den Mann und die Stiefmutter. Die Stiefmutter selbst spielt, wie wir erfahren haben, dabei die größere Rolle. Da aber der Mann so offenbar der Nachfolger der Schwester ist, so ist es unvermeidlich, daß sie an seiner Treue zweifeln muß. Die Vermengung von Schwester und Mann im Traum unterstützt unsere Deutung. Sie ist auf beide böse, weil sie sie sexuell

erregen, ohne sie dann zu befriedigen; und sie ist böse auf die Schwester, weil sie sie die später so verpönten sexuellen Betätigungen gelehrt hat.

Der Ausspruch der Schwester, daß der Mann der Patientin (sie meint natürlich seinen Penis) zu groß für sie sei, hat zweierlei Bedeutung: erstens, daß die Schwester nicht zu groß für die Patientin wäre (da sie ja nur eine Klitoris hat), und zweitens, daß die Patientin in ihrer Identifizierung mit der Schwester, die wir durch den ganzen Traum hindurch sehen, die Schwester besser befriedigen könnte als ein Mann, da eben auch für die Schwester ein Mann zu groß wäre. Wir werden die Patientin später noch öfters in dieser doppelten Rolle zu sehen bekommen.

Hinter der heterosexuellen Ausschweifung erkennen wir verschiedene homosexuelle Motive. Die heterosexuellen Beziehungen sollen dazu dienen, das homosexuelle Objekt zu ärgern. Sie sind ferner auch ein Mittel, um die Schwester von ihren Liebhabern zu trennen. Die Patientin zieht die Liebhaber der Schwester an sich, um der Schwester den Verkehr mit ihnen unmöglich zu machen. Wir kennen diesen Mechanismus, der sowohl homosexuellen als heterosexuellen Ursprungs sein kann, aus den Neurosen. Ein Knabe zum Beispiel, der hauptsächlich an den Vater gebunden ist, übertreibt oft den normalen heterosexuellen Wunsch nach dem Besitz der Mutter, um sie auf diese Art von dem (im Unbewußten) mehr geliebten Vater zu trennen.

Der letzte Satz des Traumes enthält das wichtigste Stück: Wenn die Schwester die Patientin nicht in die Irre geführt hätte, wäre sie nicht schlecht geworden (oder nicht krank geworden, wie die Angst zeigt, sich an Luise mit Syphilis angesteckt zu haben).

Einige Tage später erfahre ich aus einem Traum eine Form ihrer Onanie, die sie bisher nicht erwähnt hatte.

Ich stehe in brokatenen Hausschuhen und einem fleckigen rosa Nachthemd vor der Patientin und sage ärgerlich: „Ich bin böse, daß du etwas vor mir verborgen hast. Zur Strafe werde ich dir nicht das versprochene Zimmer mieten und dich auch nicht im Sommer aufs Land schicken." Die Patientin ist sehr beleidigt und antwortet: „Ich habe immer alles gesagt. D a s habe ich noch nicht einmal meinem Mann erzählt. Natürlich fällt mir nicht alles sofort ein." Ich antworte: „Gut, erinnere dich jetzt und alles wird wieder gut sein." Und die Patientin erinnert plötzlich etwas, was sie „fast vergessen" hatte: In den Zeiten, in denen sie weder ihre Schwester noch das Mädchen auf dem Land zur Verfügung hatte, pflegte sie Katzen, Hunde, ja sogar kleine Ferkeln zu nehmen, um sie zu masturbieren. Es war besonders lustvoll für sie, wenn die Tiere ganz plötzlich zusammenzuckten, genau so wie ihre Schwester es tat.

Nachdem sie mir das erzählt hat, gebe ich ihr die Hand und bin nicht mehr böse. Sie ist sehr froh.

Das rosa Nachthemd des Traumes hat die Patientin wirklich beim Nähen in meinem Hause gesehen. Es hat in der Wäsche die Farbe verloren, aber keine Flecken bekommen. Die Patientin deutet die Flecken selber als Folgen der Onanie. Die Vorstellung ist offenbar von der männlichen Onanie hergenommen, da die normale weibliche Ejakulation kaum genügen würde, um Flecken irgendwelcher sichtbaren Größe zu erzeugen. Wir erinnern uns dabei an die Vorstellung der Patientin, daß Frauen genau so wie Männer eine Ejakulation haben. (Siehe S. 23.)

Bei der Onanie mit den Tieren, wie der Traum sie uns vorführt, spielt die Patientin die Doppelrolle, die bei der Onanie überhaupt so häufig ist. (Siehe den Traum auf Seite 25.) Sie spielt die aktive und passive Rolle. Sie ist einerseits sie selbst und onaniert mit dem Tier, das für die Schwester steht. Anderseits ist sie aber auch das Tier, mit dem die Schwester onaniert. Wir kennen diesen Mechanismus zum Beispiel aus der Onanie des masochistischen Mannes, der sich von seiner aktiven Seite her mit dem Vater identifiziert und so mit der Frau verkehrt, die seine passive Seite darstellt. Bei der Klitorisonanie der kleinen Mädchen spielt das Kind den Vater in der Beziehung zu sich selbst als Mutter.

Ich erkläre der Patientin diesen Mechanismus, worauf sie zugibt, daß sie nach dem vierzehnten Jahr eine ganze Reihe von Jahren hindurch tatsächlich mit den im Traum erwähnten Tieren onaniert hat. Sie benützte ausschließlich Weibchen, steckte ihnen immer ihren Finger in die Vagina und wartete, bis das schon erwähnte Zucken auftrat. Ich frage sie natürlich, ob sie auch bei der Schwester den Finger in die Vagina gesteckt habe; sie hat davon niemals etwas erwähnt. Tatsächlich hat sie diese Art der Onanie niemals erinnert, obwohl sie die Tatsache der gemeinsamen Onanie seit dem detaillierten und plastischen Traum, den wir als Äquivalent einer Erinnerung betrachtet haben, akzeptiert hat.

Sie setzt mir jetzt auseinander, daß die Schwester sie unterwies, an der Klitoris zu reiben, bis der Orgasmus begann, und dann ihren Finger schnell in die Scheide zu stecken. Sie tat das sehr ungerne. Ich frage, ob die Schwester je das gleiche bei ihr ausgeführt habe. Sie sagt, sie hätte es einmal versucht. Aber es hätte ihr so weh getan, daß sie geschrien und Luise ganz böse von sich weggestoßen hätte. Die Schmerzen in der Scheide und der Krampf beim Koitus sind offenbar auf diesen Vorfall zurückzuführen.

Ich frage nun, seit wann sie eigentlich die Onanie mit der Schwester

erinnere und zugebe und warum sie nie erwähnt habe, daß auch die Vagina etwas damit zu tun habe.

Sie antwortet, daß sie im Alter von fünf Jahren vom Land zurückgebracht wurde, um ein Jahr lang zu Hause zu bleiben. Sie erinnert sich genau, daß die Onanie mit Reizung der Vagina zu dieser Zeit vorfiel. (Wahrscheinlich war die Patientin vorher zu klein, um dazu gebraucht zu werden.) Ich frage, warum sie mir nie vorher von diesem einen Jahr im Elternhaus erzählt habe. Sie erwidert, daß sie es sicher oft erwähnt habe. Was die Onanie betrifft, so habe sie nicht nur immer davon gewußt, sondern sie auch niemals geleugnet!

Sie erzählt mir von neuem, wie schrecklich eifersüchtig sie im Alter von drei und fünf Jahren auf die Knaben und Männer war, mit denen ihre Schwester umzugehen pflegte. Die Schwester verbrachte oft längere Zeit außer dem Hause. Das steigerte offenbar die Eifersucht der Kleinen, die dann die größere Schwester weder behüten noch selbst befriedigen und noch viel weniger von ihr befriedigt werden konnte. So war also das Gefühl, das später in ihrer Paranoia eine Rolle spielte, daß Dinge vor sich gingen, von denen sie ausgeschlossen war, zum Teil eine hysterische Wiederholung der Zeit, zu der zweifellos alle möglichen Dinge vor sich gingen, wenn sie nicht zu Hause oder wenn sie zu Hause und ihre Schwester fort war.

V

Dritte paranoische Phase: Die Beendigung der Analyse

Als Folge dieser wichtigen Funde und der endgültigen Bewußtmachung der infantilen Onanie tritt die Patientin jetzt in die gefährlichste Phase ihrer Analyse ein. Wir wissen, daß bei ihr die Träume und Erinnerungen nur Vorläufer von Ereignissen sind, die sich dann innerhalb der analytischen Situation tatsächlich abspielen müssen.

Nachdem die Patientin das vergessene Jahr im Elternhause mit der dazugehörigen Onanie erinnert hat, erscheint sie am nächsten Vormittag nicht zu ihrer Stunde. Sie telephoniert im Laufe des Nachmittags, daß sie zu Hause zu tun hatte und nicht kommen konnte. Wir stehen schon im späten Frühjahr, kurz vor Schluß des Arbeitsjahres, und sie weiß sehr gut, daß jetzt jede Stunde von Wichtigkeit ist. Am nächsten Tag frage ich sie sofort beim Kommen, was sie tags vorher abgehalten habe. Sie berichtet, daß sie zu einer Bekannten von mir nähen gegangen ist, zu der ich sie empfohlen hatte.

Sie versucht offenbar, eine andere Frau gegen mich auszuspielen, um mich böse und eifersüchtig zu machen. Um ihrem Verfolgungswahn Gelegenheit zur Entfaltung zu geben, frage ich sie streng, wie sie so etwas tun konnte; sie müsse sehr böse auf mich sein, wenn sie imstande sei, sich so zu benehmen. Sicher hätte sie die Näharbeit der Analyse nur vorgezogen, um mich zu beleidigen. Ob sie mich vielleicht eifersüchtig machen wolle? Dann müsse sie ja selbst eifersüchtig auf mich sein. Dann frage ich: „Ist das vielleicht der alte Ärger auf die Schwester, den Sie mir nie glauben wollen?“ Sie sieht mich überrascht und erschrocken an,

sagt, daß ich es erraten habe, und erzählt mir, was sich tags vorher zugetragen hatte.

Sie saß nähend zu Hause, nachdem sie ihre Stunde bei mir versäumt hatte und ehe es Zeit war, zu der andern Frau nähen zu gehen. Sie hatte keinen bestimmten Grund gehabt, nicht zur Stunde zu kommen; sie wollte nur die Arbeit für meine Bekannte beenden. Plötzlich riß ihr der Faden und sie bekam einen schrecklichen Wutanfall. Sie hörte lachen und sah gleichzeitig ihre Schwester lachend vor sich stehen. Sie wendete sich um und befühlte mit der Hand die Stelle, wo sie die Schwester stehen sah, aber es war niemand da. Alle Bitterkeit und verhaltene Wut gipfelte in dem Gedanken: „Wenn sie nur tot wäre!“

Sie rief ihre Schwiegermutter an, die in der Küche war, und fragte, wer gelacht habe. Die Schwiegermutter antwortete, es müsse jemand auf der Straße gewesen sein; sie hätte es auch gehört. So war also das Lachen wirklich, die Erscheinung der Schwester aber eine Halluzination; sie hatte einen Kern von Wirklichkeit wahnhaft verarbeitet. Aber der Umstand, daß das Lachen wirklich gewesen war, bestärkte sie in der Überzeugung, daß die Schwester dagewesen sei. Sie brauchte einige Zeit, bis sie sich darüber klar wurde, daß das Ganze nur eine Erscheinung gewesen war.

Mitten in ihrer Wut, während sie das lachende Gesicht der Schwester vor sich sah, erinnerte sie sich, wie die Schwester mit ihren Freunden gelacht hatte. Sie erinnerte sich, wie sie versucht hatte, Luisens Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen, wie Luise sie auf den Arm genommen hatte, aber mit dem Kind auf dem Arm zu den Burschen zurückkehrte, ohne sich stören zu lassen.

Unmittelbar nach dieser Erzählung sagt sie, sie weiß, daß ich sie nicht mehr gerne habe, seit ein neuer Patient, ein junger Mann, zu mir kommt. Dieser Patient spielt offenbar die Rolle der Burschen, mit denen die Schwester verkehrte.

Sie versteht die Analogie der gegenwärtigen mit der vergangenen Situation so gut, daß ich sie frage, welcher Frau sie sich wohl damals als Kind zugewendet habe, wenn sie sich an der Schwester rächen wollte, so wie sie jetzt versucht, mich zu vernachlässigen und meine Bekannte zu bevorzugen. Sie meint, es könne nur die Stiefmutter gewesen sein. Sie habe sich immer gewundert, warum sie eigentlich jemand so gern haben sollte, der doch nie anders als unfreundlich zu ihr gewesen war. Wir sehen also, daß ihre Wahl ursprünglich nur auf die Stiefmutter gefallen war, um die Schwester zu ärgern, die sie vernachlässigte. Erst später wurde sie dann

Schwesterersatz und als solcher zum Objekt für die homosexuelle Eifersucht der Patientin.

Auf dem Höhepunkt des Anfalls, als die Schwester in der Halluzination wieder lebendig schien, erwachte zum erstenmal der alte Todeswunsch wieder in ihr. Jetzt gelingt es mir, die Patientin davon zu überzeugen, daß ihre Besorgnisse für meine Sicherheit bei der Überfahrt über den Ozean auch nichts anderes als solche gegen mich gerichtete Todeswünsche seien. Diese Bewußtmachung ist vielleicht das schwierigste Stück der ganzen Analyse. Angesichts ihres bewußten Todeswunsches gegen die Schwester im Augenblick der Halluzination bleibt ihr aber nichts anderes übrig, als auch diesen Mechanismus in der Übertragung zu akzeptieren.

In diesem Wutanfall spürte die Patientin auch wieder das Brausen im Kopf, gleichzeitig mit dem Gefühl, daß die Augen größer werden und sich nach der Schläfe bewegen. „Alles drehte sich," schildert sie, „dabei hörte ich das schreckliche Brausen und alles wanderte irgendwo anders hin." Ich frage, wie sie sich diese Symptome erklären kann. Ihr scheint die Erklärung sehr einfach. Ihre Schwester ist im Wahnsinn gestorben; wenn man aber wahnsinnig ist, dann ist alles im Gehirn verkehrt, manchmal dreht es sich sogar ganz herum. Das Symptom bedeutet also eine hysterische Identifizierung mit der Schwester. Sein tieferer Sinn liegt in der phallischen Bedeutung der Augen, die erst größer werden, d. h. erigieren, sich dann vom Platz bewegen, sich verdrehen und schließlich ganz verschwinden. Damit ist offenbar das Schicksal des mißbrauchten Sexualorgans gemeint, das sowohl in Neurosen wie in Psychosen so häufig durch das (erkrankte) Gehirn symbolisiert wird.

In dieser Phase wird die Wiederholung der Vergangenheit besonders auffällig. Wir sehen jetzt, daß die Leute auf der Straße, die sich in dem Beziehungswahn der Patientin über sie lustig machen, einfach Neuauflagen der Schwester und ihrer männlichen Freunde sind, die lachten und das Kind nicht beachteten. Die Kleine fühlte sich gedemütigt und vernachlässigt und war sicher, daß sie sie *auslachten*, während sie in Wirklichkeit einfach lachten und sie *nicht beachteten*. Wir wissen aus *Freuds* Arbeit über Paranoia,[1] daß der Paranoiker Gleichgültigkeit als Feindseligkeit empfindet. Er erwartet, überall liebevoll aufgenommen zu

1) *Freud*: Über einige neurotische Mechanismen bei Eifersucht, Paranoia und Homosexualität. Ges. Schriften, Bd. V.

werden, und wird statt dessen in der Wirklichkeit von Fremden natürlich ebenso gleichgültig behandelt wie wir alle. Die erwartungsvolle Einstellung des Paranoikers gleicht ganz der des Kindes, das in seinem uns wohlbekannten allumfassenden Narzißmus erwartet, überall Liebe und Anerkennung zu finden, die wir Erwachsenen dem Kinde gewöhnlich auch entgegenbringen. Bei meiner Patientin hat sich diese kindliche Einstellung im erwachsenen Leben erhalten; was aber für das Kind normal ist, müssen wir hier beim Erwachsenen als psychotisch bezeichnen.

Wir benützen die letzten vier Tage dieser nur zweieinhalb Monate langen Analyse, um das Material der letzten Stunde zu vertiefen und auszuarbeiten. Die Patientin ist nicht nur von der Richtigkeit meiner Deutungen überzeugt, sie ist auch zum erstenmal von der rätselhaften Wut befreit, die sie seit der Kindheit immer wieder plötzlich überfallen hatte und gegen die sie machtlos gewesen war. Sie kann auch endlich ruhig und ohne übermäßige Trauer an die Schwester denken. „Ich weiß jetzt," sagt sie, „daß es halt ihr Schicksal war. Es tut mir leid, daß es so gekommen ist, aber jetzt weiß ich, daß ich nichts dafür konnte, und ich bin nicht mehr so schrecklich traurig. Ich wäre nur froh, wenn ihr Leben anders gewesen wäre."

Ich schicke sie kurz vor Beendigung der letzten Stunde fort, weil wir wirklich nichts mehr zu besprechen haben. In diesen vier Tagen seit ihrem Anfall hat sie alle ihre Symptome verloren. Der Verkehr mit ihrem Mann ist befriedigend und lustvoll. Sie verträgt sich noch immer nicht gut mit ihrer Stiefmutter und Schwiegermutter; ich habe aber inzwischen beide kennen gelernt und kann mir leicht vorstellen, daß auch ein Gesunder nicht ohne weiteres mit ihnen auskommen würde. Ihr Benehmen ist ruhig und heiter und sie zeigt mir gegenüber nichts von der übertriebenen Dankbarkeit, die das Zeichen einer ungelösten Übertragung ist und so leicht die Basis für einen späteren Rückfall abgeben kann.

VI
Schlußfolgerungen

1) Diagnose

Ich habe diesen Fall, ebenso wie die Psychiater, die ihn vor mir gesehen haben, als Eifersuchtswahn bezeichnet. Diese Diagnose stützt sich auf die folgenden Tatsachen:

1) Die Psychose ist monosymptomatisch, die vorherrschende Idee ist ein Eifersuchtswahn; um ihn gruppieren sich einige schlecht systematisierte und wenig ausgearbeitete Verfolgungsideen.

2) Der pathologische Prozeß ist scharf umschrieben. Wenn auch die untergeordneten Beziehungsideen eine größere Anzahl von Personen und somit in einem gewissen Maß das tägliche Leben der Patientin mit einbeziehen, hat doch ihre Arbeitsfähigkeit dadurch nicht ernstlich gelitten. Auch die Beziehungen zu den weniger wichtigen Personen ihrer Umgebung sind durch die Krankheit nur wenig beeinflußt; wenn ihre spezifischen Schwierigkeiten nicht berührt werden, ist ihr Benehmen normal.

3) Wir sehen keine Anzeichen von intellektueller Schädigung oder ungewöhnlich labiler Affektivität. Die Affekte sind ungeschädigt. Ein gewisser Scharfsinn, der sich bei der Paranoia fast immer findet und in unserem Falle ganz auf das Gebiet der Wahnideen beschränkt bleibt, ist der Patientin nur durch und während ihrer Krankheit zu eigen. Wir finden aber keine Spur der für die Schizophrenie charakteristischen phantastischen Ideenbildung.

4) Mit Ausnahme der elektrischen Sensationen (dem einzigen halluzinatorischen Phänomen, das bei der echten Paranoia vorzukommen pflegt) finden wir keine Halluzinationen; ihr Fehlen bei gleichzeitigem Auftreten von Wahnideen ist für diese Krankheit charakteristisch. Die Vision der toten Schwester würde ich als ein der Analyse zugehöriges Phänomen bei einer Person von ausgesprochen plastischem Typus bezeichnen. Für sie ist die Erinnerung an ein Ereignis gleichbedeutend mit dem Wiedererleben. Fast jeder ihrer Träume ist nichts als eine wenig entstellte Wiederholung von Vergangenem. Wir finden die Tendenz, plastisch zu erinnern, am ausgesprochensten bei Kindern, die vergangene Erlebnisse fast immer als Bilder erinnern und oft aufzeichnen können, was sie auf andere Art nicht auszudrücken imstande sind. In ähnlicher Weise benehmen sich Psychotiker, teils weil sie auf das kindliche Niveau regrediert sind, teils weil ihnen die Funktion der Realitätsprüfung verloren gegangen ist.

So viel hätte ich an positiven Anhaltspunkten für die Diagnose hervorzuheben. Es stimmt wohl, daß die Patientin mit ihren dreißig Jahren zu jung für eine Paranoia scheint, die im allgemeinen erst in den Vierzigern aufzutreten pflegt. Wir finden aber einen solchen Mangel an Übereinstimmung zwischen Krankheit und Patienten gelegentlich, am seltensten in den Zwangsneurosen, am häufigsten vielleicht bei den frühzeitig auftretenden Psychosen, bei denen der Krankheitsprozeß noch nicht die ganze Persönlichkeit ergriffen hat. In dem vorliegenden Fall hatte ich häufig den Eindruck, daß Krankheit und Patientin nicht zusammenpaßten. Wir kennen alle die typische paranoische Persönlichkeit und die typische Paranoikerin, wie man sie in den Irrenanstalten findet: eine Frau in mittleren Jahren, streitsüchtig und aggressiv. Meine Patientin dagegen war schüchtern, schweigsam und von unterwürfigem Wesen. Sie war in jeder Beziehung minderentwickelt. Es wäre unsinnig, diese Minderentwicklung der Persönlichkeit der Paranoia zuzurechnen; wir wissen, daß in den meisten Fällen das Gegenteil der Fall ist. Die gewöhnliche Paranoia persecutoria, mit ihrer umfassenden Ideenbildung, ihrer überragenden Intellektualität und ihrem Vorkommen bei Personen mit großer Sublimierungsfähigkeit ist ihrem Wesen nach eine hochorganisierte männliche Psychose, die auch tatsächlich bei Männern viel häufiger zu finden ist als bei Frauen. So steht also das primitive Niveau meiner Patientin im Gegensatz zu der Wahl ihrer Krankheit. Ich möchte bei dieser Gelegenheit auf eine Möglichkeit zur Differenzierung zwischen zwei Typen der echten Paranoia, dem Eifersuchtswahn und dem Verfolgungswahn, hinweisen. Der letztere

ist, wie wir gesehen haben, eine komplizierte Psychose männlichen Charakters und ist die häufigste Form der Paranoia bei Männern. Der Eifersuchtswahn andererseits ist die bevorzugte Form der Paranoia bei Frauen. Ähnlich wie die Hypochondrie, kann die Eifersucht ein kompliziertes System von Verfolgungsideen verdecken. Sie kann aber auch als vereinzeltes Symptom auftreten, um das sich nur im Hintergrund einige rudimentäre Verfolgungsideen gruppieren. Wenn wir bedenken, daß die Eifersucht in allen ihren normalen und abnormen Formen bei Frauen so viel häufiger vorkommt als bei Männern, verstehen wir auch das Vorherrschen des Eifersuchtswahnes beim weiblichen Geschlecht. Im Gegensatz zu dem philosophierenden, systematisierenden Verfolgungswahn, ist der Eifersuchtswahn viel primitiver und rudimentärer, dem normalen Leben und der Neurose viel näher gerückt. Es scheint mir möglich, daß diese verschiedenen Formen der Erkrankung auf eine Variation der Mechanismen wie auch auf Unterschiede in der Entwicklung zurückzuführen sind.

Es wird behauptet, daß die Paranoia eine seltene Psychose sei. Das mag stimmen, wenn wir unsere Schätzung auf die Statistiken der Irrenanstalten stützen. Aber der Charakter der Paranoia, ihre Umschriebenheit und Lokalisierung — im Gegensatz zu der das ganze Leben überschwemmenden Schizophrenie — hält die an ihr Leidenden von den Anstalten fern. Ein großes Stück der Persönlichkeit des Paranoikers bleibt, wenn auch nich intakt, so doch noch realitätsfähig.

Bevor ich mich in die Differentialdiagnose einlasse, will ich noch einmal kurz den Ablauf des von mir geschilderten Falles zusammenfassen. Der Zeitpunkt des eigentlichen Auftretens der Psychose ist nicht leicht zu bestimmen. Die akute Erkrankung begann offenbar kurz nach der Heirat. Die Patientin war, als sie zu mir kam, 16 Monate lang verheiratet und litt seit ungefähr einem Jahr an den Vorstellungen von der Untreue ihres Mannes. Man scheint berechtigt anzunehmen, daß die Patientin zwar immer scheu und mißtrauisch, vielleicht sogar latent paranoid, aber doch vorher nicht krank gewesen war.

Es ist oft eine heikle und schwierige Sache zu entscheiden, wie weit eine Eifersucht berechtigt ist. Besonders bei Personen dieses Standes ist fast keine Art von sexueller Beziehung völlig ausgeschlossen. Aber nach eingehender Untersuchung der Verhältnisse auf Grund von persönlicher Kenntnis aller beteiligten Personen kam ich zu dem Schlusse, daß ein Verhältnis des Mannes meiner Patientin mit der Stiefmutter seiner Frau zwar nicht ausgeschlossen, aber doch außerordentlich unwahrscheinlich sei.

Die Situation wurde aber noch durch drei Umstände kompliziert. Der erste war ein etwas kokettes, verliebtes Benehmen der Stiefmutter, einer gesunden und sinnlichen Fünfzigerin, deren eigener verwachsener und zuckerkranker Gatte beim Geschlechtsverkehr sicher viel zu wünschen übrig ließ. Die zweite Schwierigkeit lag darin, daß der junge Mann Angst hatte, die ältere Frau zu beleidigen und sich dadurch mit ihr und dem Schwiegervater zu überwerfen, von dem er finanziell abhängig war. Die Patientin hatte immer behauptet, daß die Schwiegermutter auch ungebührlich zärtlich mit ihrem anderen Schwiegersohn, dem Mann ihrer eigenen Tochter, sei. Nur schien ihr dieses Verhältnis nie so bedeutsam wie das zwischen ihrem eigenen Mann und der Stiefmutter, weil, wie sie sagte, der andere Schwiegersohn seine Frau sehr gern hatte.

Der dritte Umstand ist der interessanteste. Es ist für diese Krankheit charakteristisch, daß die Patienten sich wirklicher Tatsachen bemächtigen, sie verzerren und pathologisch auf sie reagieren. Wir wissen, daß auch der nicht psychotische Eifersüchtige eine ungewöhnliche Schärfe der Beobachtung entwickelt und dort, wo es ihn angeht, für Nuancen empfindlich wird, die man normalerweise nicht bemerken kann. So ging es auch mit meiner Patientin. Uns mag es unsinnig erscheinen, daß ein gesunder und nicht unschöner Mann von dreißig Jahren sich an eine ganz ordinäre fünfzigjährige Marktfrau wegwerfen sollte. Gerade hier verbirgt sich aber der dritte, für das normale Empfinden gar nicht merkliche Umstand: der junge (wie ich später zu erfahren Gelegenheit hatte), selbst schwer hysterische Mann war an seine eigene Mutter so stark gebunden, daß er sich, wenn er gezwungen wäre, zwischen ihr und seiner Frau zu wählen, wie er selber zugab, ohne Zögern für die Mutter entscheiden würde. So war also unsere Patientin in gewissem Sinne im Recht: in ihrer Eigenschaft als Muttersatz konnte die Stiefmutter tatsächlich den jungen Mann mehr als gebührlich an sich ziehen.

Auf dieser wenig soliden Basis entwickelte sich die Vorstellung von der Untreue des Mannes, die dann zur Idee wurde, daß der Mann, die Stiefmutter und die Schwiegermutter eine Verschwörung gegen sie angezettelt hatten. (Die auf die Schwiegermutter gerichtete Eifersucht war offenbar eine Abzweigung von der wichtigeren Eifersucht auf die Stiefmutter, wobei die Erkenntnis der erotischen Natur der Mutter-Sohn-Beziehung eine Rolle spielte. Die bloße analytische Aufklärung der Vorgänge, die sich in ihrem Mann abspielten, war von bester Wirkung auf die Patientin.) In der Entwicklung der Übertragung wurde diese Verschwörung auch auf

mein Haus ausgedehnt. Ihr einziges Ziel war, die Patientin „aus dem Weg zu schaffen". Aus diesem Grunde rief ihr Mann die Polizei und die Polizei brachte sie auf die psychiatrische Klinik. Sie gab sozusagen dem Druck der Familie nach und benahm sich so, daß man diese Maßregeln gegen sie ergreifen konnte. An dieser Stelle fand sich bei der Patientin eine unbestimmte Vorstellung von induziertem Wahnsinn. Nach meiner Kenntnis der Familie ist es sehr gut möglich, daß die beiden älteren Frauen sich der jüngeren gegenüber feindselig benahmen und versuchten, ihren Mann gegen sie zu beeinflussen. Die ganze Situation war auch so kompliziert und unerfreulich, daß die drei anderen zweifellos froh waren, die Patientin loszuwerden. Wir wissen von den Neurosen her, wie schnell eine Familie bereit ist, die Schwäche eines ihrer Mitglieder auszunützen und eine Erkrankung zu ihrem Vorteil zu wenden. Als Analytiker sind wir häufig die Gegner der Familie. Warum die Verwandten der Patientin sie aus dem Weg schaffen wollten, kümmert sie übrigens wenig. Man hat den Eindruck, der sich natürlich unter den gegebenen Umständen wahrscheinlich weder bestätigen noch abstreiten läßt, daß eine wirkliche Systematisierung der Verfolgungsideen bei dieser Form der Paranoia wenn überhaupt, dann erst viel später vorgenommen würde, und daß in unserem Falle einfach die Zeit für eine wirkliche Entwicklung der Ideen und Symptome noch zu kurz gewesen war. Die psychiatrische Erfahrung lehrt uns, wie lange eine solche Wahnbildung braucht und daß die Ausarbeitung der einzelnen Teile des Wahngebildes sich über Jahre ausdehnen kann. Andererseits aber erhalten sich auch viele Fälle von Eifersuchtswahn unbestimmt lange in ihrer unsystematisierten und rudimentären Gestalt.

Die beiden Möglichkeiten, die wir bei der Differentialdiagnose in Betracht zu ziehen haben, sind die paranoische Form der Schizophrenie und die Hysterie. Wenn auch keine positiven Anzeichen vorhanden sind, so scheint es mir doch derzeit unmöglich, die erstere der beiden Möglichkeiten vollkommen auszuschließen. Die Patientin zeigte keine Stereotypien der Sprache, der Bewegungen oder des Denkens, keine psychische Beeinträchtigung, außer daß sie in Zeiten starker Gefühlskonflikte die Schnelligkeit und Exaktheit ihrer Arbeit vermindert fühlt. Sie hat keine Halluzinationen, mit Ausnahme der elektrischen Sensationen, und keine Wahnvorstellungen, außer den Eifersuchts- und Verfolgungsideen, also keine Ideen über eine an ihr vor sich gehende Umgestaltung, eine Beeinflussung von fremder Seite, eine Geisterwelt usw.

Die beiden verdächtigsten Punkte sind 1) die elektrischen Sensationen

im Kopf und 2) die anfängliche Klage über den Mangel jeglichen Gefühls. In Bezug auf den ersten Punkt müssen wir bedenken, daß wir hier mit einer Person von sehr primitivem Typus zu tun haben, für die „Elektrizität" etwas ganz anderes bedeutet als für uns. Es ist einfach eine infantile Art, verschobene sexuelle Sensationen zu beschreiben. In den Psychosen, in denen elektrische Sensationen eine Hauptrolle spielen, ist gewöhnlich der Verfolgungsgehalt die Existenzbedingung dieser Sensationen: jemand versucht, auf diese Weise den Patienten zu beeinflussen, sendet den elektrischen Strom in irgend einer bösen Absicht in seinen Körper. In unserem Falle aber blieb die Vorstellung sozusagen leer. Auch hier ist es wieder möglich, daß der Inhalt sich nur noch nicht entwickelt hat, der Rahmen erst in späterer Zeit ausgefüllt werden würde. Wir können das zu diesem Zeitpunk noch nicht beurteilen.

Die Erklärung der Gefühlsunempfindlichkeit der Patientin habe ich bereits gegeben. Daß ein Symptom theoretisch und therapeutisch der Analyse zugänglich ist, besagt allerdings noch nichts über seine diagnostische Bedeutung. Aber auch klinisch unterscheidet sich die Indifferenz meiner Patientin deutlich von der eines gewöhnlichen Schizophrenen oder Hebephrenen. Die Libidoregression, die wir dort als Ursache finden, geht viel zu tief, um, wie in dem vorliegenden Fall, analysiert und als Folge davon behoben zu werden. Was uns hier als Regression erscheint, ist auch tatsächlich keine Regression, sondern eine Fixierung. Wir müssen bedenken, daß die Bindung der Patientin an ihre Schwester in eine sehr frühe Periode ihrer Entwicklung, bis in ihr erstes Lebensjahr zurückreicht. (Zu dieser Zeit erkrankte ihre Mutter, so daß die Schwester ihre Pflege übernahm.) Nachdem diese Fixierung einmal stattgefunden hatte, war auch jede Gelegenheit zur Weiterentwicklung oder zur späteren Regression von einer höheren Stufe genommen. Nur die Kombination des primitiven Niveaus, auf dem die Fixierung stattfand, mit dem Umstand, daß das Objekt, an das sie sich gebunden hatte, unbewußt wurde, erweckt den Anschein einer — in Wirklichkeit nicht vorhandenen — weitgehenden Regression.

Es ist ohne Zweifel therapeutisch leichter, eine primäre Fixierung zu beeinflussen als eine Regression. Ich führe auch den therapeutischen Erfolg bei meiner Patientin darauf zurück, daß ihre Krankheit auf einer solchen Fixierung und einer sich daraus ergebenden Entwicklungshemmung basiert war. Ich zweifle auch nicht daran, daß der gewöhnliche Tatbestand bei der Paranoia die Regression ist und nicht die Fixierung mit Entwicklungshemmung. Es ist aber interessant, einen typischen Eifersuchtswahn auf

atypischer Basis kennen zu lernen; und es ist sicher nicht möglich zu beurteilen, wie oft der zugrunde liegende Mechanismus ein atypischer ist. Ich hatte die Analyse dieser Patientin unternommen, weil ich nach der Behandlung eines (später zu veröffentlichenden) männlichen Paranoikers die Mechanismen der weiblichen Paranoia kennen lernen wollte. Es war also ein reiner Zufall, daß der Fall sich als atypisch und dadurch der Beeinflussung günstig erwies.

Es wird gewöhnlich angenommen, daß der Schizophrene keine Übertragung zustande bringt. Diese Behauptung stimmt aber kaum für die Frühstadien der Erkrankung, in der der Patient in seinem Bemühen, die narzißtische Regression zu überwinden, zahlreiche überkompensierende Identifizierungen und Liebesbindungen vollzieht. So kann ich also die Schnelligkeit, mit der meine Patientin ihre Übertragung zustande brachte, nicht als Beweis gegen die Diagnose einer beginnenden Schizophrenie verwerten. Die Bindung an die tote Schwester hätte bei jeder Art von Erkrankung die Herstellung einer homosexuellen Übertragung außerordentlich erleichtert. Es ist theoretisch durchaus möglich, ihren Anfall von Eifersuchtswahn als eine frühe schizophrene Phase zu bezeichnen. Die Besserung der Patientin wäre dann das Ergebnis einer Remission, unterstützt durch das Aufdecken unbewußter Faktoren mit der daraus-folgenden Druckverminderung vom Unbewußten her. Solche Remissionen gehen aber in der Schizophrenie ohne äußere Hilfe vor sich. Die Krankheit schreitet bis zu einem bestimmten, individuell verschiedenen Punkt fort, um dann plötzlich haltzumachen. Wir müssen also außerordentlich vorsichtig in der Beurteilung sein, ob die angewendete Therapie überhaupt etwas mit dem therapeutischen Resultat zu tun gehabt hat.

Wenn diese Art der Auffassung auch allen Anspruch auf Glaubhaftigkeit hat und theoretisch höchst befriedigend wirkt, so wird sie doch wieder von der klinischen Beobachtung des Falles widerlegt. Jeder Diagnostiker weiß, wie schwierig es ist, die fast unmerklichen klinischen Nuancen zu formulieren, die ihn bei der Abgabe seines Urteils leiten. Ich begnüge mich daher, zu erwähnen, daß alle Eindrücke, die ich von der Patientin in allen Stadien ihrer Krankheit, nach ihrer Herstellung und während ihrer zahlreichen häuslichen Konflikte erhielt, der Diagnose einer Schizophrenie oder einer schizoiden Psychopathie durchaus widersprachen.

Zur Unterstützung der Diagnose einer Hysterie könnte man natürlich anführen, daß die ganze Psychose vielleicht nur eine Imitation der toten Schwester sei, die vor dem Tode geisteskrank war und sich wahrscheinlich

über die Feindseligkeit der ganzen Welt beklagt hat. Aber die Form der Übertragung, auch abgesehen von den paranoischen Mechanismen, ist der einer Hysterie durchaus unähnlich. Man vermißt die hartnäckige Leidenschaftlichkeit der hysterischen Objektbeziehung. Man erstaunt über die Leichtigkeit, mit der die Patientin unter dem Einfluß ihres Wahnes den Liebesverlust von seiten ihrer sonstigen Objekte verträgt (Analytikerin, Mann usw.). Sie hat eine unheimliche Art, einem durch die Finger zu schlüpfen. Infolge der verminderten Bedeutung der Realität hat die Übertragung nicht ihre sonstige Macht. Wir müssen auch bedenken, daß die Selbstmordversuche der Patientin durchaus ernsthaften Charakters waren.

Es ist kein Zweifel, daß gewisse hysterische Mechanismen vorhanden sind, so zum Beispiel die Identifizierung mit der Schwester, deren Gehirn „verdreht" war, die Metrorrhagie, das Jucken usw. Auch die Wutanfälle haben hysterischen Charakter, ebenso der sie begleitende momentane Kontaktverlust mit der Außenwelt, der aus hysterischen Anfällen und Dämmerzuständen bekannt ist. Die hysterische Identifizierung kann natürlich ohne weiteres neben der homosexuellen Bindung bestehen. Nur für die Wahnbildung erhalten wir aus ihr keinen Anhaltspunkt.

Schließlich scheint mir noch die Schnelligkeit der Analyse gegen die Diagnose einer Hysterie zu sprechen. Eine gewöhnliche Hysterie von der Schwere unseres Falles erfordert eine viel längere Dauer der analytischen Behandlung.

2) Mechanismen

Verlassen wir jetzt die Frage der Diagnose, um uns den Mechanismen dieser Psychose zuzuwenden. Es besteht bei dem vorliegenden Falle kein Zweifel, daß die unbewußte Homosexualität der Patientin die Ursache, die Heirat die Veranlassung der Erkrankung war. Wir sehen verschiedene Gründe, warum die Heirat als auslösender Faktor wirkt, der wichtigste darunter ist wahrscheinlich die mit ihr verbundene Enttäuschung. Der Mann ist, wie wir erfahren haben, an die Stelle der Schwester gerückt; folglich erwartet die Patientin von ihm die (masturbatorische) Befriedigung, die sie in der Vergangenheit von der Schwester empfangen hatte. Die neue Beziehung erweist sich aber als ganz anders geartet und die Patientin steht der Anforderung des Koitus völlig unvorbereitet gegenüber. So mißlingt der Versuch, die homosexuelle Liebe von ihrer Schwester auf ihren Mann zu übertragen, weil sie mit dem, was er ihr bieten kann, nichts anzufangen weiß. Ihre eigene Gleichgültigkeit projiziert sie dann auf ihn. Die Ehe

schlägt also fehl, weil sie die Anpassung ihrer Homosexualität nicht zustande bringt; wir dürfen aber annehmen, daß auch ein befriedigendes heterosexuelles Erlebnis nur ihre unbefriedigte Homosexualität an die Oberfläche gebracht hätte.

Ich verweile an dieser Stelle einen Augenblick bei der Frage der sogenannten periodischen Paranoia. Bei dieser Erkrankung ist eine Disposition zur Paranoia vorhanden, die Krankheit selber wird aber nur bei einer besonderen Provokation manifest. In unserem Falle wäre die Ehe dieses provozierende Moment. Es ist bekannt, daß solche Fälle mit oder ohne Behandlung Remissionen aufweisen. Wir könnten den Fall unserer Patientin dieser Gruppe zurechnen; damit würde die Heilung — richtiger gesagt die Remission — ihre Erklärung finden. Nach Durchsicht der Literatur aber habe ich den Eindruck, daß die Remission bei solchen Fällen auftritt, wenn der aktuelle Konflikt aus der Welt geschafft ist und daß eine Rezidive eintritt oder eintreten kann, wenn ein äußeres Ereignis den realen Druck, unter dem der Patient steht, wieder steigert. Die latente paranoische Tendenz wird von außen her aktiviert: das Individuum kann ein bestimmtes Maß von innerem Druck aushalten, ohne krank zu werden; die Krankheit bricht erst aus, wenn zu diesem inneren Druck ein Druck von außen hinzutritt. Natürlich sind die meisten Fälle von Paranoia vor allem endogen und zeigen, soviel ich weiß, keine Neigung zu fluktuieren.

Nach dem Vorhergehenden scheint es mir aber doch nicht korrekt, unseren Fall als einen Fall von periodischer Paranoia zu klassifizieren. Wir sehen keinen äußeren Grund für die Remission. Die Schwierigkeiten des Ehelebens waren konstant im Ansteigen, von hier aus war nicht auf eine Besserung zu hoffen. In der Außenwelt der Patientin war nicht die geringste Veränderung vor sich gegangen, nicht einmal ihre wirklich elenden Verhältnisse hatten sich gebessert. Anderseits ist es prognostisch sicher von guter Vorbedeutung, wenn die Krankheit durch ein bestimmtes Ereignis hervorgerufen worden ist. Das gleiche gilt auch für die Neurosen. Ein Individuum, daß auf eine ungewöhnlich schwierige Situation neurotisch reagiert hat, ist sicher viel leichter zu heilen, als ein Patient, der scheinbar ohne Ursache und unter günstigen Umständen neurotisch geworden ist.

Ich möchte noch ein Wort über die kurze Dauer dieser Analyse sagen, die sich über nicht mehr als zweieinhalb Monate erstreckte. So kurz, scheint mir, müßten auch die Analysen von Kindern vor der Latenzperiode ausfallen, wenn es nicht notwendig wäre, die analytische Therapie mit einer viel länger dauernden erzieherischen Bemühung zu kombinieren. Bei

meiner Patientin war offenbar die Einfachheit und Kindlichkeit ihres Wesens für die Schnelligkeit der Analyse verantwortlich. Der Vergleich ihrer Behandlung mit einer Kinderanalyse ist auch mehr als eine bloße Analogie. Die Patientin war im wahrsten Sinne des Wortes ein Kind geblieben. Die analytische Arbeit hatte nur eine Fixierung zu lösen. Selbst die Verdrängung ihrer Homosexualität war ganz primitiver Natur, ohne die übliche neurotische Verarbeitung und darauffolgende Regression. So war also die analytische Arbeit bei ihr außerordentlich vereinfacht, man mußte keinen langen Rückweg machen, um zu der eigentlichen Quelle der Krankheit zu gelangen. Offenbar ist es gerade die Primitivität im Aufbau dieser Psychose, die der Behandlung den Zugang ermöglicht hat.

Der Hauptgrund für die Kürze der Behandlung scheint mir aber in der Natur und Dynamik der psychotischen Übertragung zu liegen. Die zwei Hauptschwierigkeiten eines solchen Falles sind 1) die Verwandlung der Psychose in eine Übertragungspsychose und 2) die Beherrschung der sich daraus ergebenden Übertragung. In den weiter vorgeschrittenen Fällen von Paranoia, bei denen der Analytiker sofort zum Hauptverfolger wird, muß unser ganzes Bemühen dahin gehen, die Übertragung abzuwehren, die analytische Atmosphäre so klar und affektfrei als möglich zu erhalten, bis es gelungen ist, das Wahnsystem wenigstens an einigen Stellen zu unterminieren. In Anfangsstadien, wie in dem vorliegenden Fall, versucht der Patient, seine Wahnideen für sich zu behalten und dem Analytiker den Zutritt zu ihnen zu verwehren. Hier glaube ich, muß man die gewöhnliche analytische Taktik verfolgen und gerade das tun, wogegen der Patient sich sträubt: man muß die Psychose zwingen, sich in der Übertragung zu offenbaren.

Der auffälligste Faktor dieses Falles ist das völlige Fehlen eines Ödipuskomplexes. Unser erster Eindruck, daß die Patientin von der Ödipusphase aus regrediert ist, bestätigt sich in der Analyse nicht: der Vater spielt bei ihr keine Rolle. Wir fragen uns, wie das in einer Familie möglich sein soll, wo ein Vater tatsächlich vorhanden war. Die Antwort kann nur lauten, daß das starke und frühzeitige homosexuelle Trauma das Kind vor der Ödipusstufe so an die ältere Schwester fixiert hatte, daß die Entwicklung zum Ödipuskomplex und zur Heterosexualität dadurch blockiert war. Dabei kommt in Betracht, daß es sich bei der Bindung an die Schwester um ein starkes, von beiden Seiten aufrecht erhaltenes Liebesverhältnis handelte. Es stimmt zwar, daß der Neurotiker sich im allgemeinen gerade dort unlösbar bindet, wo seine Liebe enttäuscht worden ist; trotzdem dürfen wir

an den zwar selteneren, aber einfacheren anderen Fall nicht vergessen: wenn das Individuum in seiner frühen Jugend an irgendeinem Punkt zu viel an Befriedigung bekommen hat, dann wird es im späteren Leben immer wieder versuchen, zu dieser ersten und stärksten Lustquelle zurückzukehren. Nicht die Phantasie, sondern die wirklichen Erlebnisse berechtigen ihn dazu, an dieser Stelle ganz bestimmte Erwartungen zu hegen. Wenn dann ein späteres Ereignis diese vom Bewußtsein niedergehaltenen, aber im Unbewußten immer noch lebendigen Wünsche wiedererweckt und ihre Befriedigung dem Individuum nicht gelingt, dann ist damit wohl die Basis zur Entwicklung einer Psychose gegeben.

Bei Fehlen des Ödipuskomplexes, mit der phallischen Frau als einzigem Liebesobjekt, kann der Peniswunsch nicht die gewöhnliche Umwandlung in den Wunsch nach einem Kinde erfahren. Dieser Wunsch nach einem Kind, der normalerweise den narzißtischen Peniswunsch ablöst, ist zwar selbst noch narzißtisch, eaber bereits der ntspringt Objektbindung des Mädchens an den Vater. Bei unserer Patientin dagegen finden wir weder einen Fortschritt über die ursprüngliche Situation hinaus noch eine Reaktion auf diese Situation. Sogar die Identifizierung mit der Schwester, wie sie in der Masturbation mit den Tieren gegeben ist, entspricht eher einer Wiederholung des Geschehenen als einer wirklichen Identifizierung, bei der die ursprüngliche passive Rolle zugunsten der aktiven aufgegeben würde. Die Entwicklung ist sowohl nach der femininen wie nach der maskulinen Seite hin gehemmt.

Die Frage, ob Paranoia immer auf verdrängte Homosexualität zurückgeführt werden muß, wird von unserem Fall natürlich nicht geklärt. Ich möchte in dieser Beziehung nur einen Punkt besonders hervorheben. Die Homosexualität meiner Patientin ist nicht die gewöhnliche, auf die Liebe zum Vater und die Identifizierung mit ihm gegründete männliche, aktive Homosexualität. Sie entsteht aus der zufälligen Bindung des normalerweise passiven kleinen Kindes an ein zufällig weibliches (wenn auch phallisches) Objekt, die Schwester. Wir müssen diese atypische Form dem Faktor der Verführung zuschreiben, der, wie wir wissen, alle möglichen Umwälzungen in der Entwicklung eines Individuums zur Folge haben kann. Aber selbst diese atypische Homosexualität führt zu einer paranoischen Psychose, so ungeeignet das von ihr betroffene Individuum auch für diese Krankheit erscheint!

Zur Frage der Prognose kann ich nur hinzufügen, daß die Patientin jetzt bereits etwas mehr als einundeinviertel Jahr gesund geblieben ist.

Auf eine plötzliche und radikale Mastoidoperation hat sie allem Anschein nach völlig normal reagiert. Sie ist dicker und lustiger geworden und hat ihre Schüchternheit und Zurückgezogenheit aufgegeben. Trotzdem ihr Mann ein deutlicher Neurotiker ist, sind ihre Geschlechtsbeziehungen befriedigend und das Einvernehmen mit den Frauen der Familie kein zu schlechtes. Sie hat mit ihrer Heilung etwas von dem Anziehenden und Feinfühligen ihres Wesens verloren; der Eindruck, den sie macht, ist gewöhnlicher und ihrer Umgebung besser angepaßt. Bisher hat keiner der vielen unvermeidlichen Familienkonflikte ihr Gleichgewicht gestört, ihre Anpassung an die Außenwelt scheint durchaus gelungen.

Es ist unmöglich zu beurteilen, wieviel von dieser Besserung echt ist, wieviel sich noch auf latente Reste der Übertragung zurückführen läßt. Ich sehe die Patientin von Zeit zu Zeit und ihr Verhalten mir gegenüber scheint normal. Trotzdem kann ich über die Dauer des Heilerfolges natürlich nichts aussagen. Man möchte sagen, daß das ganze unbewußte Material zutage gefördert und damit die Psychose an der Wurzel zerstört worden ist, — wir wissen aber noch nicht, ob die Bewußtmachung von bisher unbewußtem Material bei den Psychosen dieselbe therapeutische Wirkung hat wie bei den Neurosen. Bei der Schizophrenie zum Beispiel ist es sicher nicht die Aufgabe der Behandlung, einfach das sonst Verborgene zum Bewußtsein zu bringen. Das bewußt gewordene Unbewußte ist ja ohnehin das Element des Schizophrenen. Offenbar steht ein Fall wie der hier geschilderte den Neurosen näher als den Psychosen. So möchte ich mich zum Schluß mit der Behauptung begnügen, daß es unter ganz speziellen strukturellen Bedingungen möglich ist, einen paranoischen Prozeß zu analysieren und therapeutisch zu beeinflussen.[1]

---

1) Hinsichtlich der analytischen und der psychiatrischen Literatur der Paranoia-Frage verweise ich auf meine demnächst erscheinende Arbeit: „Nachtrag zu Freuds ‚Geschichte einer infantilen Neurose'".

PSYCHOANALYTISCHER

SIGM. FREUD: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie

6. durchgesehene Auflage. Pappband M. [illegible]

[illegible]

Was die „Abhandlungen" nicht bringt, kennt Freud nicht.

[illegible]

[illegible] die Schlüssel für die meisten Anschauungen Freuds.

[illegible]

Die „Drei Abhandlungen" tragen die Züge einer klassischen Darstellung [illegible]

[illegible]

Ich wüßte kein Werk anzuführen, das in solcher Kürze so geist- und gedankenreich die [illegible] behandelt. Ganz neue Horizonte.

[illegible]

SIGM. FREUD: Beiträge zur Psychologie des Liebeslebens. Pappband M. [illegible]

[illegible]

SEXUALWISSENSCHAFT

SIGM. FREUD: Studien zur Psychoanalyse der Neurosen.

Ganzleinen M. 10.—.

Die in diesem Band vereinigten 16 einzelnen Monographien repräsentieren zusammen nicht nur ein ansehnliches Stück psychoanalytischer Neurosenlehre, sondern führen insbesondere auch zu allen sexualbiologischen und sexualpsychologischen Verästelungen des Freudschen Systems. Die Studie: „Ein Kind wird geschlagen" behandelt die Entstehung sexueller Perversionen; die Arbeit über „Einen Fall von weiblicher Homosexualität" gehört zu Freuds aufschlußreichsten Krankengeschichten. Unentbehrlich für die Kenntnis der psychoanalytischen Sexualwissenschaft sind die Abhandlungen über „Eifersucht, Paranoia und Homosexualität", über das „Ökonomische Problem des Masochismus" und eine der jüngsten Studien Freuds über „Einige psychische Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschieds", in der die abweichende Rolle des Ödipus- und des Kastrationskomplexes beim Manne und bei der Frau festgestellt wird.

S. FERENCZI: Versuch einer Genitaltheorie. *Geheftet M. 4.50.*

Inhalt: Die Amphimixis der Erotismen im Ejakulationsakt. Der Begattungsakt als amphimiktischer Vorgang. Entwicklungsstufen des erotischen Realitätssinnes. Deutung einzelner Vorgänge beim Geschlechtsakte. Die individuelle Genitalfunktion. Phylogenetische Parallele. Zum „thalassalen Regressionszug". Begattung und Befruchtung. Koitus und Schlaf. Bioanalytische Konsequenzen.

Die Genitaltheorie ist ein Werk der schöpferischen Intuition, die der jahrelange Durchgang durch den Filter der Empirie, gewissenhafte Beobachtungen, die stummen, doch mühsamen therapeutischen Beobachtungen der täglichen Behandlungsstunden veredelt haben. Ferenczi ist ein Romantiker unserer Wissenschaft. Seine weitblickenden Ideen, Anregungen und Funde können ihre Herkunft aus den kaum noch eroberten Gebieten des Kosmos nicht verleugnen. Man fühlt, daß der, der dieses Buch geschrieben hat, kein Handwerker ist, sondern jemand, für den Forschung Erlebnis bedeutet, innere Notwendigkeit ist.

(*Alexander* in der *„Internat. Zeitschr. f. Psychoanalyse"*)

HELENE DEUTSCH: Psychoanalyse der weiblichen Sexualfunktionen. *Geheftet M. 3.50.*

Inhalt: I. Einleitung. — II. Infantile Sexualität des Weibes. — III. Der Männlichkeitskomplex des Weibes. — IV. Differenzierung von Mann und Weib in der Fortpflanzungsperiode. – V. Psychologie der Pubertät. Die erste Menstruation. Typische Menstruationsbeschwerden. Schwierigkeiten der Pubertät. Typische Pubertätsphantasien. Triebschicksal in der Pubertät. — VI. Der Deflorationsakt. — VII. Psychologie des Sexualaktes. — VIII. Frigidität und Sterilität. — IX. Schwangerschaft und Geburtsakt. — X. Psychologie des Wochenbettes. — XI. Laktation. — XII. Das Klimakterium.

Aus der Einleitung: „. . . Dieses Beobachtungsmaterial soll eine psychologische Orientierung und Ergänzung zu den Kenntnissen jener Vorgänge schaffen, die man zusammenfassend ‚Sexualleben des Weibes' nennt . . . Was bisher zur psychologischen Erkenntnis des Weibes analytisch beigetragen worden ist, wird hier berücksichtigt . . . Es liegt im Zweck dieser Arbeit, das aufzuklären, was der Bewußtseinspsychologie rätselhaft bleiben mußte, weil es ihrer Arbeitsmethode unzugänglich war. Aber auch Tiefenpsychologie ist in der Erkenntnis der Seelenvorgänge beim Weibe einen Schritt gegen die beim Manne zurückgeblieben. Besonders sind es die generativen Vorgänge, denen — obzwar sie den Mittelpunkt im psychischen Leben des geschlechtsreifen Weibes bilden — auch analytisch noch wenig Beachtung geschenkt worden ist. Das Kantsche Wort: ‚Die Frau verrät ihr Geheimnis nicht', behielt auch hier seine Gültigkeit. Sichtlich waren dem Manne die verborgenen Seeleninhalte des Mannes zugänglicher, weil wesensverwandter. . ."

RUTH MACK BRUNSWICK

DIE ANALYSE EINES EIFERSUCHTSWAHNES